



**DEPRESSIÓ I FAMÍLIA: FACTORS SOCIALS I IDEOLÒGICS EN LA VIVÈNCIA  
PERSONAL I FAMILIAR DE LA MALALTIA DEPRESSIVA.  
Carmen Ferre Grau**

**ISBN: 9788469421611  
Dipòsit Legal: T.884-2011**

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tesisenred.net](http://www.tesisenred.net)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tesisenxarxa.net](http://www.tesisenxarxa.net)) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.





**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**  
**FACULTAT DE LLETRES**  
**DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I FILOSOFIA**

**DEPRESSIÓ I FAMÍLIA**  
**Factors socials i ideològics en la vivència**  
**personal i familiar de la malaltia depressiva**

**CARME FERRÉ I GRAU**  
**TARRAGONA, 1999**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
FACULTAT DE LLETRES  
DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I FILOSOFIA

**DEPRESSIÓ I FAMÍLIA: Factors socials i ideològics en  
la vivència personal i familiar de la malaltia depressiva**

**CARME FERRÉ i GRAU**

**Tesi presentada per optar al grau de doctor**

**Director: Dr. Josep Maria Comelles Esteban**

**TARRAGONA , 1999**



*A ningú que m'escolti  
puc cridar que ja en tinc prou!  
A ningú que m'escolti  
puc gemir  
que la bellesa és ara lletjor,  
que la joventut, vellura,  
que les roses que tenien vida s'han marcit,  
que la meva vida, lentament,  
sense pressa, també es panseix,  
I que cau a terra,  
fullatge que em donava vida,  
com del pomell de roses blanques,  
el gerro prop la finestra.  
Tot resta quiet, amb la immobilitat del silenci,  
de les roses perdurables.  
I per la finestra, la vida,  
el sol, la llum,  
el carrer, el camp,  
i allà lluny, la mar, la llibertat.  
(Margalef)*



## ÍNDEX

	<u>Pàg.</u>
PRESENTACIÓ I AGRAÏMENTS .....	1
 <b>1A. PART. ASPECTES TEORICS I METODOLOGICS</b>	
1. L'ERA DE LA DEPRESSIÓ .....	5
1.1. Trastorns depressius .....	12
1.2. Epidemiologia.....	17
1.3. Les variables associades a la depressió .....	27
 2. TEORIES SOBRE L'ETIOLOGIA DE LA DEPRESSIÓ .....	38
2.1. Teories Biològiques .....	38
2.2. Teories Clíniques .....	40
2.3. Teories Conductuals i cognitives .....	46
2.4. Teories Psicoanalítiques .....	51
2.5. Teories Psicosocials .....	54
2.5.1. Hipòtesis etiopatogèniques .....	55
2.5.2. Estudis epidemiològics i socials .....	60
 3. DEPRESSIÓ I CULTURA .....	67
3.1. Diferències simptomatològiques .....	69
3.2. Validació transcultural de la depressió .....	75
3.3. Síndromes delimitades culturalment .....	81



4	DEPRESSIÓ I SOCIETAT .....	83
4.1	Depressió i medicalització de la vida quotidiana .....	84
4.2	El poder de la queixa .....	94
5.	DEPRESSIÓ I FAMÍLIA.....	99
5.1.	Cicle evolutiu familiar .....	101
5.2.	Proposta sistèmica .....	107
5.3.	Depressió i repercussió sobre els fills .....	114
5.4.	Impacte de la malaltia sobre la família .....	117
6.	METODOLOGIA .....	122
6.1.	Marc teòric .....	122
6.2.	Mètode .....	131
6.3.	Objectiu i hipòtesi .....	135
6.4.	Població estudiada .....	137
6.5.	La unitat d'observació .....	137
6.6.	Variables .....	141
6.7.	Tècniques .....	142
6.8.	Consideracions metodològiques .....	147
6.9.	Organització del treball de camp .....	153



## 2A. PART. TREBALL DE CAMP

7. SOBRE LA MALALTIA .....	155
8. JO NO HI CREIA .....	181
9. PER QUÈ ARA? .....	192
10. ESTIC BOIG/JA? .....	205
11. SOBRE EL TRACTAMENT I L'ASSISTENCIA .....	216
12. FAMÍLIA I DEPRESSIÓ .....	237
13. QUI EN TÉ CURA? .....	259
14. PATIMENT FAMILIAR .....	278
15. CONCLUSIONS .....	301
16. BIBLIOGRAFIA .....	307
17. ANNEXES	
17.1. Llista d'informants .....	324
17.2. Llista d'abreviatures .....	331

## PRESENTACIÓ I AGRAÏMENTS

Les ciències aplicades i les ciències socials participen d'una certa especialització que encara que fa els coneixements més precisos, sovint oblida el quadre general. En un univers complex com ho és l'atenció en Salut Mental, amb un substrat biològic i psicològic, però indubtablement immers en un oceà cultural, on els estímuls, les causes i les conseqüències es barregen, l'esforç per conjuminar els recursos intel·lectuals de diverses disciplines esdevé d'una vital importància. En l'àmbit de la salut mental, difícilment la persona pot separar els seus problemes de salut de l'entorn social o més concretament del complex sociofamiliar en el qual la malaltia es gestiona i es genera. El professional de la salut té la responsabilitat d'estendre la seva dedicació més enllà de les persones i de les famílies concretes, copsant la raó del seu patiment i acompanyant-lo al llarg del seu procés.

En un moment en què els avenços en les àrees de la Neurobiologia i la Genètica en la societat occidental permeten aproximacions més precises a diferents trastorns psíquics, l'epidemiologia mostra l'increment de patologies de caire social i cultural com els trastorns afectius. L'augment de les depressions i els equivalents depressius en l'última dècada és una de les preocupacions de les autoritats en salut mental en els països desenvolupats.

Per tots els temes exposats, resulta natural plantejar un estudi com el que ens ocupa amb una percepció àmplia com la de les ciències socials i concretament emmarcat en el camp de l'antropologia de la medicina. Es pot debatre en aquest treball sobre quina



aproximació pot resultar més adient; és innegable, però, que la crítica interna pot ser fins i tot més contundent que l'externa, sobretot quan va dirigida a aquells que confien en una ciència neutral, positiva i asèptica. La inversió en la interdisciplinarietat crec que és útil pel fet que permet la utilització de models i metodologies diferents que acosten els coneixements a la realitat des de multitud de punts de vista.

Si hagués de definir amb poques paraules l'objectiu d'aquesta tesi seria el d'analitzar el coneixement de les vivències que sobre la depressió tenen els familiars de les persones tractades i elles mateixes. El present estudi es diferencia dels realitzats fins ara a Espanya en què no intenta ser un estudi medicopsiquiàtric sobre la diagnosi, l'etiologia i les causes de la depressió sinó que intenta, des d'una visió socioantropològica, reflectir les vivències dels pacients i dels familiars, en el moment concret de la vida d'una família i d'una persona amb depressió. A la vegada, s'observa com la persona, la família i la xarxa social reinterpreten, analitzen, s'adapten o es desadapten com a resposta a la malaltia d'un dels seus membres, tant a nivell particular com institucional.

La idea d'emprendre aquest viatge va sorgir a partir de l'interès per la Psicosociologia i es va realitzar, concretament, a la tardor del 1993 quan vaig decidir incorporar-me al programa de doctorat de Ciències Socials i Salut de la Universitat de Barcelona, ja que encara que la meua formació de llicenciatura era en Psicologia, aquest camp em permetia una visió més àmplia de l'entorn social i cultural. L'autora d'aquest treball porta tota la seva vida professional dedicada a la infermeria en el camp de la salut mental, primer com a infermera assistencial i després com a docent en l'àmbit universitari.

## PRESENTACIÓ

3

Aquest llarg viatge, emprès en solitari, no s'ha realitzat, però, en soledat. Uns m'ensenyaren el camí, els altres m'acompanyaren al llarg d'aquest procés. A tots ells el meu agraïment:

Al Dr. Antonio Labad i Alquéazar,

Al Dr. Oriol Romaní i Alfonso,

Al Dr. Àngel Martínez i Hernáez,

A la Dra. Josefina Canals i Sans,

Al Dr. Ignasi Pons

i

Al Dr. Òscar Guasch,

A la Dra. Gemma Orovich,

per haver acceptat formar part del Tribunal que ha de jutjar aquesta tesi.

Al Dr. Josep M. Comelles perquè va iniciar-me en aquest camp d'investigació i per la seva pacient direcció.

A tots els informants perquè van accedir a compartir amb mi un tros de la seva història personal.

A tot l'equip del Centre de Salut Mental Tarragona Nord per la seva disponibilitat, i molt especialment a l'Esperanza Viciano, per la seva desinteressada dedicació.

A la M. Teresa Bargalló, pel seu suport i apreciat ajut.

A la Dolors Cid, per la seva generosa dedicació.

## PRESENTACIÓ

---

4

A les meves companyes del Departament d'Infermeria de la Universitat Rovira i Virgili perquè han suportat amb paciència el desenvolupament d'aquest treball.

A la Carme Montcusí per facilitar-me el procés de recerca bibliogràfica.

A la Lurdes Malgrat per la correcció del text.

Molt especialment al Magí, la Laia i la Sílvia, perquè sempre m'han fet costat i han hagut de patir-ho amb resignació.

A molts altres, que en algun moment del procés de recerca em van proporcionar informació o ajut en aspectes concrets del desenvolupament de la mateixa.

**1<sup>a</sup> part**

**ASPECTES TEÒRICS  
I  
METODOLÒGICS**



## L'ERA DE LA DEPRESSIÓ

En la dècada dels seixanta sorgeixen nous plantejaments sobre la salut, la sanitat i la malaltia. S'assagen definicions operatives que orientin els objectius de les estructures sanitàries cap a una atenció de salut en totes les seves complexitats. Es proposen unes definicions de salut<sup>1</sup> mes enllà de l'absència de malaltia i en els propòsits de la salut pública s'expliciten les incidències socials i col·lectives tant per a la salut com per a la malaltia.

Al mateix temps, i amb intencions semblants en el camp de la salut mental, es qüestiona el significat social i sanitari del malalt mental. Diversos factors donen un contingut específic a la polèmica entorn a la definició epistemològica del malalt i de la malaltia mental: d'una banda s'intenta de refondre-hi la complexitat inherent a l'existència humana; de l'altra es vol destriar els aspectes mèdics, psicològics i socials tributaris d'assistència sanitària. La complexitat del funcionament mental, l'abús social i polític que històricament s'ha fet de la marginació i l'aïllament de les persones amb trastorns de salut mental obren una fondalada cap al buit en el qual es precipiten científismes, ideologismes i voluntats messiàniques; pel contrari, és imprescindible buscar de trobar una solució respectuosa davant el patiment psíquic. Tanmateix es va imposant el

---

<sup>1</sup> La salut es defineix com "un estat complet de benestar físic, mental i social que no consisteix tan sols en l'absència de malalties". La possessió d'un millor estat de salut constitueix un dels drets fonamentals de tot ésser humà, independentment de quina sigui la seva raça, religió, les seves opinions i les seves condicions econòmiques i socials (OMS, 1978). Seguint el mateix plantejament, el IX Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana (Gol, 1980), la defineix com "una forma de vida harmònica, joiosa i solidària". Posteriorment (Terris, 1987) introdueix en el concepte de salut una dimensió més dinàmica i operativa definint-la "no com un estat sinó com l'equivalència entre sentir-se bé, estar bé, no tenir molèsties ni patiments i mantenir la capacitat de funcionar adequadament en les diferents àrees de la vida laboral, social i de relació".

pensament empíric i les premisses que cerquen d'establir una pràctica medicosanitària que estigui d'acord amb les responsabilitats d'una assistència pública, alhora que sigui capaç d'oferir una resposta assistencial integral, raonada i coordinada.

La salut mental esdevé, així, un objecte real ancorat en la complexitat de la vida humana i en la dinàmica relacional i social on es desenvolupa la dimensió psíquica de l'home. Dimensió psíquica que en la normalitat o en la patologia quedarà subjecta i determinada pels factors individuals, biològics, psicològics, i pels factors relacionals i socials en què neix i creix la persona.

En l'actualitat ens trobem amb la coexistència de dos plantejaments diferents, que donen lloc a dues realitats incompatibles. Per una banda, el 1986, com a resposta a les creixents expectatives creades a l'entorn d'un nou moviment per a la salut pública i comunitària, va tenir lloc a Ottawa la Primera Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut<sup>2</sup>. A partir d'aquest moment es parla de manera sistemàtica de tot allò que és natural, de l'hàbit saludable, de l'estil de vida, del cos perfecte, d'estar sa.

---

<sup>2</sup> En la carta d' Ottawa (1986) s'elaboren els objectius encaminats a assolir la fita de *la salut per a tots a l'any 2000*, basada en cinc camps d'acció per a la promoció de la salut: 1) Establir una política saludable, 2) crear ambients favorables, 3) reforçar l'acció comunitària, 4) desenvolupar les habilitats personals i reorientar els serveis sanitaris, 5) establir nous plantejaments i expectatives sobre la salut, l'atenció i la malaltia. Es fan paleses, a més a més, les incidències socials i col·lectives tant per a la salut com per a la malaltia. El resultat més significatiu és un canvi d'estratègia que posa l'accent en els serveis sanitaris preventius enfront els curatius, en l'adequació a les necessitats concretes de la comunitat on s'ofereixin i en la prioritat d'augmentar la salut de la població més que lluitar contra l'impacte de la malaltia. En una revisió recent de l'OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 1998*, es constata que, si bé la major part de països han aprovat les estratègies necessàries d'un sistema de salut primari centrats en la persona, la família i la comunitat, encara hi ha un repartiment desigual en els recursos financers entre els dedicats a la promoció de la salut i els dedicats a la curació de la malaltia, mantenint-se les desigualtats fins i tot en els països més rics.

Així, en les noves definicions de salut i d'assistència a partir del darrer terç del segle XX, prenen una especial rellevància en la nostra societat mots com ara qualitat de vida, benestar, capacitat d'adaptació..., termes que si bé no es presten a una definició unívoca, sí que s'utilitzen com a indicadors de salut en totes les societats (Baca, 1997). En aquesta línia, el model clàssic dels factors determinants de la salut (Lalonde, 1974), assenyala que l'estil de vida i el medi ambient tenen més importància sobre la salut individual i familiar que els factors biològics i assistencials; així doncs, posa l'èmfasi en la persona, la família i la societat com a responsables de la seva pròpia salut.

A les acaballes del segle XX no n'hi ha prou amb no estar malalt, sinó que és un tret característic l'interès creixent pel benestar i la felicitat personal; per tant, la persona ha de mantenir un estil de vida saludable per tal de ser feliç i tenir capacitat d'adaptació a les circumstàncies de la vida. En aquesta línia, les enquestes assenyalen que gaudir d'una bona salut és un dels objectius prioritaris, inquietud que és recollida pels responsables de les institucions sanitàries que s'esmercen a recomanar estils de vida saludables amb un bombardeig continu de campanyes publicitàries<sup>3</sup>. Els mitjans de comunicació es fan ressò d'aquest interès creixent pels aspectes del cos i de la salut, de tal manera que cada dia es promociona un nou producte que té l'objectiu d'ajudar a sentir-se bé per dins i per fora. L'home aspira a ser feliç i a l'entorn d'aquest desig es

---

<sup>3</sup> A partir de 1995 es va introduint el concepte d'*intel·ligència emocional* on es constata que certes característiques de la persona com la capacitat de motivació, la perseverança en assolir les fites malgrat les frustracions, el control dels impulsos, ésser capaç de retardar les gratificacions, la regulació de l'estat d'ànim, la possibilitat d'evitar l'angoixa i la capacitat d'empatia i la confiança en els altres, estaven més relacionades amb l'èxit de la persona que no pas amb el nivell de quocient intel·lectual (QI). Així, la vida emocional constitueix un conjunt d'habilitats que poden dominar-se en major o menor grau; el grau de domini d'aquestes habilitats resulta decisiu per explicar per què persones amb el mateix quocient intel·lectual prosperen mentre d'altres no tenen èxit malgrat tenir un elevat QI (Goleman, 1997).

desenvolupa molta literatura d'autoajut que dóna un seguit de *receptes* orientades a estroncar qualsevol possible malestar.

No obstant això, en la societat del benestar coexisteixen amb tot l'exposat fenòmens socials que faciliten la incomunicació, la pressió, la insatisfacció i la frustració, fins al punt que es parla de la forma de vida de la societat occidental com una forma patògena per ella mateixa (Seva, 1983). L'home actual està sotmès a multitud de formes d'esforç i cansament, i sovint s'ha d'enfrontar a carències, insatisfaccions, conflictes, atur, problemes econòmics, competència i a la necessitat d'adaptar-se a canvis ràpids que influeixen en tots els àmbits de la vida, el que tot plegat pot arribar a generar un estrès psicosocial (Montiel, 1993). El final del segle XX és un període de ruptures, de canvis i de recomposició general de les forces geoestratègiques, de les formes socials i familiars, dels agents econòmics i dels referents culturals. Propera l'entrada al segle XXI, es constata que la incertesa ha esdevingut l'única certesa, i que una espècie de sinistralitat mundial s'estén en un clima general de queixa, decepció i desencantament, evidenciant-se les desigualtats socials i els desequilibris entre els països pobres i els països rics (Ramonet, 1997). En conseqüència, en aquest context, es va configurant una escletxa cada vegada més ampla entre el discurs ideal i el discurs real de l'individu.

Així, podria definir-se el darrer terç del segle XX com l'era de la depressió. La paraula *depressió* forma part del llenguatge quotidià, de tal manera que en qualsevol àmbit és fàcil d'escoltar els termes *estic depre* o el seu equivalent *estic amb la depre*, mots i expressions utilitzats per fer palesa una àmplia gamma de situacions vivencials i d'estats d'ànim. Així, el terme pot voler significar estar cansat, desanimat, *passar una mala època*, o *veureu-ho tot negre*, encara que des del moment en què aquest tecnicisme s'ha vulgaritzat, és difícil



de conèixer el seu vertader significat. En parlar del terme depressió sembla que sigui evocada una paraula de moda; no obstant això, si tenim presents els estudis realitzats sobre la seva incidència veurem que es tracta d'una realitat epidemiològica. Les depressions són, avui, un problema de salut mental que preocupa per la seva freqüència.

Malgrat que la depressió sembli una malaltia dels nostres dies, la majoria dels tractats de psiquiatria inclouen cites històriques que demostren que el coneixement d'aquesta malaltia es perd en la nit dels temps. En concret, es descriu un exemple de depressió en el llibre de Job i en diferents personatges de la Bíblia com, per exemple, el rei Saül que patia depressions greus (Mendels, 1989). Per un altre costat, Homer a la *Il·líada* es va referir a la tristesa com a trastorn, Aristòtil va dedicar-hi una monografia i Ateneu de Capadòcia va fer una acurada descripció dels seus símptomes.

Hipòcrates<sup>4</sup> en va fer la primera aproximació clínica. En concret, el terme *malenconia* era utilitzat en parlar de la depressió, paraula derivada del grec *melas*- negra i *chole*- bilis, bilis negra que vomitaven els pacients a causa de l'ansietat i de la irritabilitat que patien. Més tard es van establir diferenciacions entre el símptoma del vòmit de bilis negra i els símptomes de la depressió, descrivint què podien presentar-se per separat, tot i que en algunes ocasions podrien ser simultanis.

---

<sup>4</sup> El model hipocràtic és un sistema d'equilibri. La malaltia és deguda a un excés o un defecte d'alguns dels *humors* que regulen el funcionament del cos i la salut de la persona. Els quatre humors bàsics (sang, flema, bilis groga i bilis negra) es relacionen directament amb quatre elements bàsics (foc, terra, aigua i aire), amb quatre qualitats (calor, fred, sequedat i humitat) i amb quatre tipus de personalitat (sanguínia, flemàtica, colèrica i malencònica, essent l'última la que produïa la depressió). Es creia que un òrgan relacionat amb la malenconia i la bilis negra era la melsa. Aquesta teoria prevaleix fins al segle XVIII (Hipòcrates, 1983).

Hipòcrates va ser el primer que va establir una connexió entre la tristesa patològica –depressió– i l'alegria patològica –mania–, alhora que va establir les relacions entre els trastorns de l'estat d'ànim i el cicle temporal. Les velles hipòtesis hipocràtiques sobre els diversos humors i les seves relacions amb les malalties van condicionar la primera classificació psiquiàtrica feta per Kraepelin a començaments del segle XX. (Postel, 1993)

Durant l'Edat Mitjana es va descriure l'estat de melangia, si bé en una primera etapa es considerava com una desídia personal i es vinculava a la manca de capacitat moral d'aquell que la patia; la depressió era vista des d'un aspecte místic i se l'anomenava *noche oscura del alma*. Més endavant, Sant Gregori i Sant Tomàs van fer una descripció de tipus psicològic, considerant-la com una malaltia i iniciant la recerca de tractaments adequats per tal de guarir-la.

El repàs de la teoria envers la malenconia en el Renaixement es clou amb l'obra de Burton, *The anatomy of melancholy*, en què es presenta un conjunt d'idees mèdiques i psicològiques a l'entorn del terme malenconia en les quals es resumeixen tots els conceptes tractats anteriorment. Així, introdueix el concepte de *temperament malencònic* com un factor de predisposició a patir la malaltia; aquest temperament és descrit com la base que possibilita realitzacions intel·lectuals i imaginatives, com ara l'ingeni, les creacions polítiques, les visions místiques i les profecies alhora que facilita la malaltia. De la literatura sobre el comportament malencònic parteixen i es desenvolupen un seguit d'idees populars sobre el tema que predominen en el drama i la poesia del segle XVI i XVII. (Burton, 1997a, 1997 b)

En el moment en què apareix la categoria de la malaltia maníacodepressiva, el terme malenconia passa a significar un subtipus d'episodi depressiu, important en els actuals sistemes de classificació, i que indica una forma més greu de depressió, caracteritzada per símptomes semblants als de la categoria denominada depressió endògena. El terme depressió nerviosa o mental és deriva dels termes llatins *de* i *premeré* i significa un tipus de trastorn de l'estat d'ànim que no té la gravetat simptomatològica de la malenconia. (Jackson, 1986)

A finals del segle XIX, Emil Kraepelin (1913) i Sigmund Freud (1952) van plantejar dos punts de vista oposats sobre la depressió, que s'han transmès al llarg del nostre segle, dividint la psiquiatria en dos compartiments tancats, la psicodinàmica i l'organicista (Jackson, 1989). Ambdós han influït de forma significativa en la psiquiatria del segle XX i, de la mateixa manera, en la classificació i descripció dels trastorns depressius. Els seguidors de Freud i de la psicoanàlisi plantegen que la causa de la depressió és psicològica, considerant l'estat d'ànim depressiu com una forma d'adaptació i funcionament, com un mecanisme de defensa que utilitza la persona davant d'una pèrdua real o simbòlica; ben al contrari, els seguidors de Kraepelin creuen que la depressió és causada per un element químic o endocrí alterat, tornant a l'antiga interpretació *humoral* dels grecs. El concepte de *temperament depressiu* és recuperat per Kraepelin com una predisposició a patir certes malalties; posteriorment, aquesta idea va ser assimilada ràpidament per molts psiquiatres europeus, especialment Krestchmer (1936), que utilitzava el terme de *ciclotímia* en referir-se a les depressions que es repeten cíclicament i que estaven relacionades amb el caràcter de la persona que les patia.

Així doncs, en la psiquiatria clàssica, representada per autors com Kraepelin i Kretschmer i en el context psicoanalític per Abraham i Freud, es distingeixen dos tipus de depressions, les anomenades depressions endògenes considerades d'etiologia estrictament biològica i, per tant, causades per una alteració orgànica del cervell, i les depressions exògenes, d'etiologia circumstancial, ocasionades per esdeveniments o circumstàncies que es creia provocaven els símptomes depressius.(Ebtinger,1976)

En darrer terme, cal assenyalar que actualment existeix un cert consens respecte a la possibilitat de l'existència d'una certa alteració orgànica en els dos tipus de depressió, si bé es creu que els fets que provoquen i faciliten aquesta depressió solen ser de naturalesa psicosocial.

## Trastorns depressius

La tendència dominant en la literatura actual, deguda bàsicament a la influència anglosaxona, és parlar de *affective disorders* o trastorns afectius. El mot depressió fa referència, a la vegada, a un símptoma, a una síndrome psicopatològica o a un trastorn psiquiàtric (Vaz Leal, 1994). Parlar d'aquests trastorns significa trobar-se amb un conjunt complex de trastorns de naturalesa etiopatogènica, variat perfil clínic i diagnòstic i evolució diferent. Encara que existeixen diferències en relació al que es considera un quadre clínic de depressió, a causa de la variabilitat cultural, en general s'han identificat quatre classes de símptomes:



1. **AFFECTIUS.** El símptoma central de la depressió és la tristesa, que envaeix tots els aspectes de la realitat personal i de la relació amb els altres. Juntament amb la tristesa poden aparèixer nous estats emocionals com l'ansietat, la irritabilitat i l'enfrontament amb l'entorn. L'estat d'ànim i els seus components varien segons els tipus de depressió.

2. **COGNITIUS.** L'expressió verbal s'empobreix de manera progressiva, el rendiment intel·lectual va disminuint fins arribar a un estat d'abúlia o apatia gairebé total. El malalt depressiu acaba éssent incapaç de fer cap feina i cap activitat, donat el deteriorament de la seva capacitat de reacció i l'afectació psicomotora que té. Disminueix la seva atenció i la seva concentració. Tendeix a ser molt autocrític i a veure totes les coses que l'afecten de manera negativa; destaca la seva pèrdua d'autoestima i desenvolupa una gran capacitat de culpabilitzar-se i de censurar-se; els records que té solen ser de caire negatiu, de vivències traumàtiques o bé, entristidores. El pensament del depressiu és lent i el seu contingut és sistemàticament trist i negatiu. Sol convertir-se en monotemàtic, dóna voltes i més voltes a la seva inutilitat, a la sensació de fracàs i a la desesperança.

3. **CANVIS FISIOLÒGICS.** La vida instintiva està considerablement afectada; hi han trastorns freqüents del son, dificultats per adormir-se o el despertar es realitza de manera inquieta i massa aviat. Hi ha pèrdua de l'impuls sexual i de la gana; gairebé set de cada deu pacients depressius perden pes durant la seva afectació.

4. **CANVIS EN EL COMPORTAMENT.** L'afectivitat en el depressiu és rígida, es mostra incapaç de ser afectuós, reclama atenció, però té dificultats per a manifestar el seu agraïment a les persones que se n'ocupen.

A banda dels símptomes clàssics dels trastorns depressius, hi ha un tipus de depressió que es desenvolupa sense simptomatologia típicament depressiva. Es tracta de l'anomenada *depressió emmascarada o equivalent depressiu*, on la manifestació de la tristesa no és

observable i el centre de la simptomatologia l'ocupa alguna alteració d'aparença orgànica. La persona expressa el descens de l'humor en termes de malestar físic i molèsties somàtiques diverses, sobre la base més o menys palesa de l'astènia i de l'insomni. Aquest concepte compta amb uns antecedents històrics; així autors clàssics com Kraepelin, Lange i Kurt Schneider remarquen els símptomes orgànics de la depressió. Des d'aleshores, el concepte ha pres una importància creixent, no tan sols en el camp de la nosologia de la depressió, sinó en la dimensió psicosomàtica que inclou (López-Ibor, 1976). En la clínica, la meitat dels trastorns depressius es presenten sota una simptomatologia física variada: maldecap, trastorns del son, trastorns gastrointestinals, dolors neuromusculars, trastorns neurològics i de tipus neurovegetatiu que comporten una greu dificultat del diagnòstic ja que els símptomes no es corresponen amb els resultats de les exploracions clíniques efectuades (Coyne, 1986; Hulme, 1996). El diagnòstic d'aquest tipus de depressió es fa després de descartar la possibilitat d'un patiment orgànic i mitjançant l'observació de trets característics, com són la disminució del rendiment en relació al seu tarannà habitual i la diversificació de la simptomatologia, ja que els símptomes presentats no es corresponen a una sola afecció ni hi són tots els que li serien propis si es tractés d'una malaltia orgànica (Barreto, 1998).

Per a referir-nos als diferents tipus de malaltia depressiva, utilitzarem la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* en la seva desena versió (CIE10) de l'OMS i el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 1995 (DSM-IV) de l'Associació Americana de Psiquiatria, a causa de la seva difusió universal i al fet que tots els treballs de recerca i epidemiològics realitzats a partir de l'any 1980 tenen en compte en tots els països els criteris del DSM-IV o del CIE, en les seves diverses edicions. En el present

treball de recerca les persones estan diagnosticades segons els criteris del DSM-IV en l'apartat A, la simptomatologia dels quals està explicada en el proper capítol de la tesi.

**Taula núm. I.- Classificació dels trastorns depressius d'acord amb el CIE 10 (1993); DSM-IV (1995)**

TRASTORNS DEPRESSIUS	
<p><b>A. Trastorn bipolar</b></p> <p>Episodi actual depressiu lleu o moderat                      Episodi actual depressiu greu sense símptomes psicòtics                      Episodi actual depressiu greu amb símptomes psicòtics                      Trastorn bipolar, episodi actual mixte</p> <p><b>B. Episodi depressiu</b></p> <p>Episodi depressiu lleu                      Episodi depressiu moderat                      Episodi depressiu greu sense símptomes psicòtics                      Episodi depressiu greu amb símptomes psicòtics</p> <p><b>C. Trastorn depressiu recurrent</b></p> <p>Episodi actual lleu                      Episodi actual moderat                      Episodi actual greu sense símptomes psicòtics                      Episodi actual greu amb símptomes psicòtics</p> <p><b>D. Trastorns de l'humor persistents</b></p> <p>Ciclotímia                      Distímia</p> <p>Altres trastorns de l'humor                      Episodi de trastorn de l'humor mixte                      Trastorn depressiu breu recurrent</p> <p style="text-align: right;"><b>Font: CIE10, 1993</b></p>	<p><b>A. Trastorns depressius</b></p> <p>Trastorn depressiu major                      Trastorn distímic                      Trastorn distímic no especificat</p> <p><b>B. Trastorns bipolars</b></p> <p>Trastorn bipolar I                      Trastorn bipolar II                      Trastorn ciclotímic                      Trastorn bipolar no especificat</p> <p><b>C. Altres trastorns de l'estat d'ànim</b></p> <p>Trastorn de l'estat d'ànim degut a malaltia mèdica                      Trastorn de l'estat d'ànim induït per substàncies                      Trastorn de l'estat d'ànim no especificat</p> <p style="text-align: right;"><b>Font: DSM-IV, 1995</b></p>

En els diferents sistemes de classificació de les depressions (DSM-IV, DSMII-R) es poden identificar algunes dicotomies. La síndrome depressiva, doncs, conté en la seva naturalesa unes dualitats, no totalment excloents entre sí que compten amb una llarga tradició en la clínica, encara que algunes d'elles han estat eliminades en les darreres classificacions de l'OMS i del DSM-V. Les esmentades dicotomies són:

**ENDÒGENA - EXÒGENA:** Aquesta separació respon a criteris etiopatogenètics. És una categoria definida per la naturalesa de la causa, si és de causa més bioquímica o més psicosocial. La depressió endògena, també denominada malenconia o depressió major en el DSM-IV, presenta una major rellevància del quadre clínic en relació als símptomes somàtics (pèrdua de gana, de pes i insomni en la darrera part de la nit), variació diurna amb agreujament al matí, inhibició psicomotriu, dificultat de concentració i manca de reactivitat dels símptomes envers els estímuls ambientals). En la depressió reactiva es dóna insomni inicial, agreujament de la simptomatologia per la tarda, una major reacció dels símptomes davant de les pressions de l'entorn i més trets histèrics i obsessius. De totes maneres, actualment, s'insisteix en la improcedència d'una diferenciació estricta entre factors endògens i exògens, ja que la multiplicitat d'elements que intervenen en la configuració etimològica de les depressions només permet parlar de predomini de l'un sobre l'altre.

**UNIPOLAR - BIPOLAR:** Aquesta distinció és important, tant des del punt de vista de la investigació com de la pràctica clínica. Nombrosos estudis genètics, evolutius i biològics (Angst, 1974; Marti, 1987) han validat la separació entre aquests dos tipus de trastorns depressius. En els trastorns bipolars hi ha una alternança d'episodis d'alegria patològica (mania) i tristesa (depressió), presentant dos tipus de símptomes afectius amb característiques oposades. En l'episodi maníac hi ha un estat d'ànim eufòric, un optimisme desmesurat, un augment de l'activitat, més ganes de parlar d'allò que és habitual i una articulació de la parla

ràpida i descontrolada, així com una disminució de la necessitat de descans. Pel contrari, l'episodi depressiu presenta les característiques oposades.

**PRIMÀRIA - SECUNDÀRIA:** Es basa en criteris com la cronologia i la presència o absència d'altres malalties associades. Es considera un trastorn afectiu primari quan aquest es presenta en una persona sense antecedents psiquiàtrics ni malalties somàtiques anteriors al trastorn depressiu o evolucionant paral·lelament. El trastorn secundari, pel contrari, és el que està associat a altres malalties psíquiques o somàtiques. En el DSM-IV, estaria dins de la categoria d'altres trastorns de l'humor.

## Epidemiologia

Els estudis epidemiològics realitzats en diversos països han evidenciat que almenys, la quarta part de pacients que arriben al metge general, tenen algun malestar psíquic i que els problemes de salut mental són un motiu de consulta freqüent en l'atenció primària. Els trastorns de salut mental són considerats molt importants en tots els nivells d'atenció i en tots els països. En el nostre entorn, diversos autors (López-Ibor, 1976; Barreto, 1998; Ayuso, 1997) han dedicat especial atenció a les dificultats en determinar la prevalença de malestar psíquic en l'atenció primària, argumentant la necessitat que els professionals de les àrees bàsiques puguin detectar de forma precoç els problemes de salut mental, identificant les situacions d'alt risc, com són les anomenades transicions o crisis psicosocials: el dol, l'atur, el divorci, el fet de viure sol i totes aquelles situacions que poden constituir un risc de patir un trastorn de salut mental per a la persona i per a la família.



En aquest sentit, l'OMS ha completat un estudi sobre l'atenció als problemes de salut mental en l'atenció primària en 15 centres de diferents països: els trastorns més prevalents són la depressió, l'ansietat i la dependència de l'alcohol. A més a més, el Pla de Salut de Catalunya 1996 dona la dada que de la patologia mental que arriba a l'atenció primària, el 33,8% correspon a trastorns per ansietat, el 23,0% a trastorns depressius, el 19,0% a trastorns mixtes d'ansietat/depressió i el 9,4% a trastorns somatoformes. Així, els diagnòstics de trastorns d'ansietat i depressions explicarien al voltant del 75% dels problemes de salut mental atesos a l'atenció primària. De totes maneres, existeix un cert consens en què la detecció de la morbiditat psíquica és insuficient en tots els països.

Diversos estudis mostren que la detecció dels trastorns psiquiàtrics per part del metge d'atenció primària, tot i ser variable, se situa per sota del 50% dels casos tractats, tal com podem veure en el quadre resum en que es mostra un percentatge variable d'identificació dels trastorns psíquics en els diferents països estudiats.

**Taula núm. II.- Identificació dels trastorns psíquics en Atenció Primària**

Autors de l'estudi	Any estudi	País estudi	Mostra Analitzada	% de trastorns psíquics detectats
Goldberg et al.	1987	Gran Bretanya	590	28,0
Von Korff et al.	1987	EUA	1242	33,0
Bellantuono et al	1987	Itàlia	170	37,0
Boardman	1987	Gran Bretanya	920	21,0
Marino et al	1990	Itàlia	505	44,0
Ormel et al	1991	Holanda	1994	47,0
Chocrón et al	1996	Catalunya	400	47,0
				Font: Pla de Salut Mental de Catalunya, 1994

A l'analitzar els resultats d'aquests estudis, un aspecte important a considerar és que al voltant del 95% dels pacients amb problemes psicològics, en tots els països, fan una demanda per problemes somàtics (Campos, 1998), la qual cosa dificulta molt la detecció dels problemes de salut mental.

Així, en el Pla de Salut Mental de Catalunya (1994), en relació amb la informació obtinguda de l'ANAC II -instrument que forma part del sistema d'informació que ha desenvolupat la Regió Sanitària Centre-, s'ha vist que en una mostra de més de 40.000 visites (efectuades per 21 centres d'atenció primària durant el període 1986-1991), els equips d'Atenció Primària de salut APS destaquen que els trastorns d'ansietat i les depressions estan entre els principals motius de consulta del conjunt de la demanda, de manera que la depressió és especialment important en el grup de dones entre 35 i 44 anys. És, en aquest sentit, que l'atenció primària esdevé un medi important per a la identificació i el tractament dels trastorns depressius, especialment els trastorns distímics. (Cubi, 1986)

La depressió constitueix el grup de trastorn psicopatològic de major prevalença; en concret, l'OMS parla d'un 13% a un 20%, cosa que significa que existeixen en el món més de 200.000.000 pacients depressius, i uns 2.000.000 a Espanya (Krief, 1982, 1997). De totes maneres, el nombre de pacients depressius, identificats com a tals, es creu que no supera la xifra del 50% de les persones que presenten trastorns persistents de l'humor, éssent aquesta xifra la punta de l'iceberg dels trastorns (Watts, 1985). A més a més, la meitat dels pacients depressius no accedeixen a la consulta i menys són tractats adequadament o previnguts. (Shephard, 1997).

En qualsevol cas, però, les xifres de depressió han augmentat considerablement en els últims anys en els països desenvolupats. La pròpia OMS explica així les raons d'aquesta incidència:

*Por lo menos cien millones de personas desarrollan cada año formas de depresión reconocibles clínicamente y, por diversas razones, es probable que dicha cifra aumente (Sartorius, 1979). Una razón es que la esperanza de vida está aumentando en la mayoría de los países y que el número de personas con riesgo de desarrollar depresión, tanto en cifras absolutas como proporcionales, va a ir también incrementándose en consecuencia. Otra razón es que cada vez más gente está viviendo en un medio físico y social de grandes cambios que frecuentemente originan estrés psicosocial agudo o prolongado que pueden conducir a reacciones depresivas. En un tiempo en que los tradicionales mecanismos protectores de los grupos sociales se derrumban y mucha gente queda expuesta a los desequilibrados efectos del desarraigo, la desintegración familiar y el aislamiento social, es probable que aumente la prevalencia de los trastornos depresivos como una respuesta a los factores psicosociales estresantes (Brown y Harris, 1974). Otra mayor razón para el incremento de los trastornos depresivos es el gran aumento del alcohol y de la variedad de medicamentos, ya que se sabe que ciertas drogas cuyo consumo está creciendo de forma ininterrumpida precipitan o exacerban la depresión; entre ellas, sedantes, tranquilizantes, antihipertensivos y ciertos preparados hormonales. (OMS, 1986)*

De les raons indicades en aquest informe (major esperança de vida, ambient hostil i augment en la ingesta d'alcohol i medicaments) creiem en la importància que tenen les dues primeres causes en la gènesi de la malaltia depressiva, ja que la tercera podria ser més aviat una conseqüència que una causa. A més, en relació a l'augment dels trastorns de l'estat d'ànim, es poden afegir altres aspectes als esmentats per l'OMS i que augmenten la

seva freqüència com són: l'increment en la demanda de serveis de salut, una major facilitat per a la identificació dels símptomes depressius, major desenvolupament psicofarmacològic i en concret en el camp dels antidepressius<sup>5</sup>, la inclusió en les últimes classificacions dels equivalents depressius, així com una major acceptació i accessibilitat de la població general a l'assistència psiquiàtrica. Tots aquests factors fan que el nombre de persones susceptibles de patir un trastorn depressiu augmenti considerablement en la prevalença real, així com en la prevalença sentida. Per tot això, es constata que les depressions són un problema de salut que avui preocupa la població.

En referència a la prevalença dels diferents trastorns depressius, diferents estudis de recerca, fets fins als anys 70, han mostrat una alta variabilitat, deguda fonamentalment a una posologia poc precisa, l'ús de mostres no representatives i la utilització d'unes tècniques de mesura poc fiables. Durant els anys 70, es van homogeneïtzar els sistemes de classificació (*American Psychiatric Association*, 1980) i es van estandarditzar els tests psicològics i les entrevistes clíniques amb la finalitat d'obtenir les característiques conceptuals i psicomètriques necessàries per a poder identificar de forma vàlida i fiable els constructius psicopatològics.

Un dels instruments d'avaluació més utilitzats en el camp dels trastorns afectius és el *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*, desenvolupat per Robins i cols (1986), que és particularment destacable, ja que va ser el primer instrument utilitzat en l'*Epidemiological Catchment Area (ECA)*.

---

<sup>5</sup> El consum d'antidepressius a Espanya des de l'any 1985 al 1994 s'ha multiplicat per tres, especialment degut a la comercialització del Prozac i dels altres antidepressius de nova generació (ISR).

L'esmentat estudi va ser realitzat als anys vuitanta i és considerat l'estudi epidemiològic més ampli que s'ha dut a terme als Estats Units. L'ECA emprà com a referència per al diagnòstic el DSM-III R. En aquest estudi, amb una mostra de 20.000 subjectes repartits en cinc regions dels EEUU, es van identificar les dades epidemiològiques dels trastorns depressius.

**Taula núm. III.- Epidemiologia de la depressió**

<b>Tipus de prevalença</b>	10 a 20% 10%	prevalença puntual prevalença general
<b>Tipus de trastorns depressius</b>		
Trastorns bipolars	1,2%	prevalença general
Distímia	3,1%	prevalença general
Depressió major	4,4%	prevalença general
<b>Evolució dels trastorns depressius</b>		
Taxa d'eficàcia dels antidepressius	60 - 70%	
Freqüència de resistència	10 - 20%	
Taxa de cronicitat dels trastorns	15 - 20%	
Temptativa de suïcidi	10 - 20%	Font: ECA 1995

En resum, les proporcions d'un episodi depressiu major oscil·len entre el 3,7% i el 6,7 % per al conjunt de les mostres, mentre que la prevalença dels episodis maníacs al llarg de la vida oscil·la entre el 0,6% i el 1,1%. La prevalença de tota una vida per la distímia oscil·la entre el 2,1% i el 3,8% (Regier et al, 1984). En tots els estudis les taxes d'aparició al llarg de la vida d'episodis depressius majors i de trastorns distímics són significativament més grans en les dones, mentre que en els trastorns bipolars no hi ha una diferència significativa entre sexes. Les taxes d'aparició al llarg de la vida en relació als trastorns afectius oscil·la entre el 6,1% i el 9,5%. Aquestes dades epidemiològiques mostren que els

trastorns de l'estat d'ànim són prevalents en la població i que existeix una diferència segons el gènere en tots els grups d'edat.

En relació a Espanya, cal subratllar la realització de l'estudi sociològic més ampli sobre depressió, realitzat en dotze capitals de diferents comunitats autònomes amb persones majors de 15 anys i amb una mostra de 3000 subjectes de població general d'ambdós sexes; l'avaluació de la depressió es va dur a terme mitjançant la *Self-Rating Depression Scale* (SDS) de Zung segons una adaptació espanyola. Aquest estudi mostra que el 6,9% dels espanyols majors de 15 anys poden ser avaluats com a depressius, trobant una incidència tres vegades superior en el cas de les dones.

**Taula núm. IV.- Dades epidemiològiques en la població espanyola**

PREVALENCIA DE LA DEPRESSIÓ EN LA POBLACIÓ ESPANYOLA		
	Homes	Dones
<b>Depressiu</b>	3,1%	10,7%
<b>Intermedi</b>	42%	52,7%
<b>No depressiu</b>	54,9%	36,6%
		Font: Krief, 1982

Aquestes dades són especialment significatives tenint en compte que, a més de la quantitat de persones que estan en el moment de l'estudi presentant una simptomatologia evident de depressió clínica (segons l'escala de Zung), es detecta en la població general, i en tots els grups d'edat, persones amb un nivell intermedi en referència a la simptomatologia depressiva i que, per tant, són d'alt risc de patir els trastorns depressius de diferent

consideració al llarg de la seva vida. Les dades d'aquest estudi són coincidents amb els resultats obtinguts en una altra mostra realitzada a la població espanyola dins l'àmbit industrial de Saragossa. (Seva i cols, 1983)

Tenint en compte el canvi en el patró de morbiditat experimentat en les societats desenvolupades, amb un augment de malalties cròniques físiques i psíquiques, de discapacitats, de malalties socials i d'envelliment de la població (OMS, 1998), pren una especial rellevança el paper de la depressió com un factor de vulnerabilitat generalitzada a partir d'una malaltia física o psiquiàtrica. Els resultats de diferents estudis assenyalen la importància de reconèixer aquesta comorbiditat<sup>6</sup> en el diagnòstic i en la pràctica clínica de la depressió.

Així, en els malalts físics hom troba una prevalença de depressió entre el 10% i el 30%, per la qual cosa queda clara la importància de detectar la depressió entre els malalts somàtics, doncs aquesta pot complicar i agreujar el curs clínic de la malaltia somàtica, a banda d'agreujar els problemes en l'àrea social, familiar i assistencial. Evidències recents suggereixen que els pacients somàtics amb símptomes depressius tenen tendència a utilitzar molt més els diferents serveis comunitaris i assistencials, mentre que reben una atenció de menys qualitat (Burwill, 1995). A més a més, els pacients de més de 55 anys amb depressió presenten un índex de mortalitat quatre vegades més alt que el grup control sense depressió al llarg de 15 mesos de seguiment en l'ECA.

---

<sup>6</sup> Existència de més d'una malaltia al mateix temps. Quant a la depressió i la malaltia física, aquesta pot ser coincident o una pot complicar el pronòstic de l'altra, essent en psiquiatria l'últim cas el més freqüent.

En referència a la literatura, aquesta mostra relació entre la malaltia depressiva i les diverses malalties físiques, com poden ser: diabetis, dolor crònic, problemes gastrointestinals, trastorns somàtics, migranya, càncer, SIDA, pàrkinson, accident vascular cerebral (Arboix, 1997). També hi ha una clara evidència entre símptomes depressius i dolor musculoesquelètic; així, apareix recentment el terme de *tristesa òssia*, fent referència al fet que la depressió pot facilitar l'osteoporosi en els afectats, en els quals es troba una variació densitomètrica del coll del fèmur, de la columna vertebral i del canell (Serna, 1998). A més a més, els dolors crònics també estan agreujats al patir una depressió major o un trastorn distímic, si bé es pot millorar significativament el benestar del pacient al tractar adequadament els trastorns de l'estat d'ànim. Aquesta millora ha estat àmpliament documentada en relació al dolor generat en les malalties neoplàssiques en diferents països (Pimenta i cols, 1997). Nogensmeys, l'ECA estableix la relació entre altres trastorns psiquiàtrics i la depressió, tal com s'indica en la taula V.

**Taula núm. V.- Comorbilitat psíquica**

ALTRES TRASTORNS PSÍQUICS I DEPRESSIÓ	
Alcoholisme	40 - 60 %
Atac de pànic	40 - 50 %
Ansietat generalitzada	26 - 87 %
Fòbia social	30 %
Trastorn obsessiu de la personalitat	14 - 78 %
Cleptomania	50 %
Joc patològic	70 %
Anorèxia mental	75%
Font: Eca, 1995	



Encara que els diversos autors difereixen molt en les xifres de comorbiditat, hi ha un consens general en associar la depressió amb aquests trastorns psíquics. De tots els trastorns de salut mental, la depressió és la que té una correlació més alta amb l'associació entre diferents trastorns de salut mental, obrint-se sovint un debat sobre si la depressió és la causa d'aquestes malalties o la conseqüència de les mateixes. (Baylé et al, 1995; Derogatis, 1996)

El suïcidi també representa, a vegades, un fenomen íntimament lligat als trastorns depressius. En concret, un estudi mostra que de 1000 suïcides, 800 pateixen una malaltia depressiva (OMS, 1986), augmentant el risc de suïcidi paradoxalment quan la depressió comença a cedir. La raó pot ser que sovint es millora, per efecte de la medicació, la inhibició psicomotriu; de totes maneres, si el tractament farmacològic no ha millorat paral·lelament altres àrees de la pròpia afectivitat, com són els sentiments de culpa i l'automenyspreu, s'augmenta el risc de suïcidi al cedir l'inhibició. Així doncs, la relació entre depressió i suïcidi és sumament complexa, donant lloc a dos corrents de pensament entorn d'aquest tema que són l'explicació social i la psicopatològica.

Encara que l'alta taxa de suïcidi en els pacients afectius podria interpretar-se com un argument a favor del pes de la psicopatologia afectiva enfront de la social, les estadístiques mostren que els homes sobrepassen les dones en el fet de suïcidis consumats; en canvi, el trastorn afectiu és més freqüent en les dones. A més a més, l'avenç en el tractament amb antidepressius no està associat amb la reducció de les taxes de suïcidi, més aviat al contrari, com ho indica el fet que la taxa s'ha incrementat considerablement en els darrers anys. Així i doncs, encara que la disfòria és un dels

factors antecedents al suïcidi, no es pot oblidar el paper dels factors socials i col·lectius a l'analitzar aquest fenomen. (Gómez, 1996; Clemente, 1996)

## Les variables associades a la depressió

Tots els estudis coincideixen en fixar l'existència d'una forta correlació entre *depressió i gènere*. En termes de promig, la incidència de la depressió és dues vegades superior en les dones en relació als homes afectats (Ecleston, 1997). Per tal d'explicar les diferències entre ambdós gèneres respecte a la probabilitat de patir una malaltia depressiva, han estat proposades diverses hipòtesis com ara la biològica en què es creu que els factors hormonals afecten l'estat anímic; en aquest cas, es descriuen diferents tipus de depressió, relacionades amb el cicle reproductiu de la dona -*depressió postpart*, *depressió premenstrual*, *depressió menopàusica*. De totes maneres, aquesta hipòtesi biològica va haver-se de rebutjar al veure que els trastorns bipolars, en els quals estava demostrat el seu component biològic, no eren més freqüents en les dones que en els homes. A més perquè una explicació biològica pogués ser considerada científicament vàlida, quan es tracta de provar la diferència entre ambdós sexes, s'hauria de mantenir més o menys constant entre les diferents categories socials i, en darrera instància, hauria de recolzar-se en l'existència demostrada dels mecanismes sexuals relacionats.

Respecte a la consistència entre les categories socials, la hipòtesi biològica comença a fer aigües quant s'afegeix *la situació marital* com a variable d'anàlisi; en aquest cas es troba que les proporcions corresponents a homes i dones varien considerablement en funció de

la categoria social a la qual pertanyen. En concret, estar casat està associat a un risc de patir depressió relativament menor en els homes, si bé augmenta el risc en les dones; a més a més, les dades en funció de l'edat revel·len que les dones divorciades tenen una probabilitat de sotmetre's a tractament per depressió quatre vegades més alt que les dones casades i aquesta proporció augmenta a sis en el cas dels homes divorciats enfront dels casats. Els homes vidus i divorciats tenen una probabilitat molt més elevada de patir depressions que els solters i els casats. Weissman i cols (1977c) van concloure que encara que durant els anys de fertilitat poguessin influir factors endocrinològics en les diferències entre gèneres en relació a la depressió, aquells no són suficients per explicar les grans diferències constatades. Aquests mateixos autors posen de manifest que l'efecte de la menopausa en l'estat psicològic de la dona està socialment mediatitzat, a causa del fet que les dones han estat induïdes a pensar que la menopausa està associada amb trastorns emocionals. D'aquesta manera, la creença s'ha transformat en una profecia que es compleix a si mateixa, si bé en realitat no existeix cap evidència que demostrï que la menopausa produeix efectes directes sobre el funcionament psicològic.

Fins al moment, per tant, no s'ha identificat cap mecanisme biològic que pugui ser la causa de les diferències entre homes i dones en relació a la depressió, si bé s'ha proposat un hipotètic vincle amb la maternitat. Rojo (1991) ha mostrat que tenir fills és un important factor predictiu de l'augment del risc de patir depressions entre les dones (encara que no entre els homes); malgrat això, no s'ha pogut determinar si aquest fenomen és degut a un condicionament biològic o és el resultat de les circumstàncies socials de la maternitat. La raó pot raure en el fet que tenir fills provoca un canvi considerable en l'estil de vida de la dona, un canvi més profund i amb més repercussions que en els homes. Avui per avui, les mares, freqüentment, són les que assumeixen les responsabilitats primordials

relatives a la major part dels aspectes del cuidatge dels fills i d'altres funcions domèstiques relacionades indirectament amb ells: rentar, cuinar, netejar, etc, i és aquest increment de les activitats el que pot facilitar la depressió.

A més a més, la incidència d'una sèrie de factors relacionats amb les diferents identitats i rols creats en la societat per homes i dones, així com les relacions de poder entre els sexes, també pot servir per explicar les diferències entre les taxes de depressió. En els darrers anys, la discriminació sexual ha estat àmpliament estudiada en les societats occidentals (Romero, 1992). No es pot obviar que en molts aspectes del món laboral, com ara les oportunitats de treball, la remuneració relativa i les possibilitats de promoció, així com en les relacions personals i familiars, les dones, especialment de classe baixa, es troben en clar desavantatge en relació als homes; per tant, seria sorprenent que la desigualtat institucionalitzada provocada per la definició social d'ambdós sexes, no portés implícita una càrrega psicològica per al grup més desafavorit, provocant un augment en els factors d'estrès en la dona: problemes familiars, laborals, econòmics, de vivenda, de càrrega en els cuidatges, etc.

Per un altre costat, s'assenyala el paral·lelisme entre els trets negatius que tipifiquen el model tradicional del rol femení més generalitzat i els trets que caracteritzen la personalitat depressiva: la dependència, la passivitat, la manca de fermesa o assertivitat, la necessitat de suport afectiu, que generen una baixa autoestima, indefensió i sentiments d'incompetència; pel contrari, aquelles dones que desenvolupen trets de caràcter tipificats masculins: activitat, autonomia, assertivitat i agressivitat, tenen menys risc de patir depressió (Bleichmar, 1991). Les dones que accepten, o es veuen forçades a acceptar, les definicions tradicionals del rol de gènere, experimenten una manca relativa de capacitat

per influir en el seu entorn i controlar les seves vides, característiques que poden molt bé contribuir a desenvolupar una conducta d'indefensió apresada, cosa que en opinió d'alguns autors (Seligman, 1989; Beck, 1983) constitueix un precursor de la depressió clínica. Si aquesta hipòtesi sobre la indefensió apresada és certa, aleshores la capacitat relativament baixa de les dones per influir en els seus propis estats psicològics les faria més propenses a la depressió que els homes.

Finalment, la socialització en el desenvolupament dels rols sexuals també és un factor que pot condicionar la manera en què els homes i les dones manifesten els seus problemes psicològics. En una revisió feta envers estudis que relacionen la depressió amb el sexe femení (Warren, 1994) es defensa la hipòtesi que la depressió resulta més inacceptable per als homes que per a les dones, perquè discrepa amb l'estereotip masculí. La raó és que aquest es caracteritza per trets com la competència, la fortalesa i l'evitació de qualsevol aspecte que denoti feminitat, mentre que la depressió és una manifestació de poca vàlua, debilitat i vulnerabilitat, relacionada amb l'expressivitat emocional i el plor, aspectes tots ells tradicionalment associats a les dones i no als homes. Per tot això, la dona reaccionaria davant de les dificultats i dels problemes d'una manera depressiva i cercaria amb més facilitat suport social i professional, mentre que els homes tindrien la tendència a cercar una sortida als seus problemes d'adaptació, més congruents amb la seva autoimatge, amb un increment de conductes com ara l'alcohòlica (Páez, 1985).

Podria afegir-se que els medicaments antidepressius conferirien als pacients (tant homes com dones) un caràcter *femení*, en el sentit que els indueix a la passivitat i a l'acceptació, mentre que l'alcohol tindria un efecte *masculí*, a l'augmentar la seguretat amb un mateix i l'agressivitat. De totes maneres, la depressió en la dona pot ser que sigui més freqüent tan

sols en aparença, ja que les dones parlen més fàcilment dels seus símptomes, consulten més els professionals, prenen més medicació psicofarmacològica i viuen més anys que els homes. (de Miguel, 1978)

Per altra banda, l'ocupació de mestressa de casa apareix com d'alt risc per patir malalties depressives en totes les classes socials i en tots els països. En un estudi clàssic sobre el rol de mestressa de casa, s'identifica com a causa de la depressió el caràcter poc estructurat i relativament invisible de les tasques de la llar, de manera que la persona que les exerceix no té cap referència objectiva per mesurar si el seu treball està o no ben realitzat (Gove i Tudor, 1979; Geerken et al, 1985). La feina de casa es desenvolupa habitualment en una situació d'aïllament, cosa que pot afavorir que les dones se centrin en si mateixes i en les seves preocupacions, fet que va alimentant la seva simptomatologia depressiva. En el seu rol tradicional, les dones que només treballen a casa tindran una sola font de gratificació, la de la família; per tant, si aquest rol es viu amb insatisfacció, és susceptible de presentar sentiments depressius. Pel contrari, els homes que desenvolupen diversos rols, poden obtenir compensació en el seu rol laboral encara que tinguin insatisfacció en el rol familiar.

Si bé els estudis de Tudor es refereixen al rol clàssic de la dona en la societat, Bleichmar (1991) parla que la *superespecialització* femenina en tenir cura de les necessitats dels altres i compaginar aquesta feina amb el seu rol laboral ha fet que les dones deixessin de tenir cura de si mateixes, cosa que pot facilitar l'aparició d'una simptomatologia depressiva. La lluita de la dona en el seu procés d'individualització, l'ha portat a tenir

accés al treball remunerat, sense alliberar-se totalment de les funcions reproductives<sup>7</sup>. És sabut que encara que les esmentades funcions estiguin mitigades en alguns aspectes, segueixen sent assumides bàsicament per les dones, de forma que es continua mantenint una certa desigualtat, encara que aquesta sigui diferent en relació a l'època en què les dones estaven limitades quasi en exclusivitat a les càrregues reproductives. Així, el fenomen de la doble presència suposa no tan sols una doble jornada laboral, sinó també una doble identitat, amb totes les tensions que això implica (Durán, 1992). Els valors tradicionals atribuïts a les dones són cada vegada menys valorats, de manera que les mateixes dones els abandonen, produint-se un empobriment tant en la vida personal com en el conjunt de la vida social<sup>8</sup>.

Per últim, cal destacar que en tots els estudis sobre depressió les pèrdues produïdes per la separació, el divorci i la viduitat es correlacionen amb un alt risc de patir la malaltia en ambdós sexes. La solteria sembla ser un factor protector en el cas de la dona però no en l'home, on augmenta el seu índex de depressió. Pel contrari, per a la dona el matrimoni, especialment en el cas de tenir fills, és un factor de risc enfront dels trastorns depressius per la tensió que suposen sovint les modificacions del seu rol i la igualtat més formal que real.

---

<sup>7</sup> Quan es parla de *reproducció* i de *càrrega reproductiva* en aquest context no es tracta únicament de la maternitat, sinó de tot el treball que suposa el manteniment quotidià de la vida humana, tant en els aspectes físics com psíquics.

<sup>8</sup> Els resultats de l'enquesta de la Regió Metropolitana de Barcelona fets al 1990, ens mostren com la mitjana de membres de la llar ha passat en cinc anys de 3,6 a 3,2. Al mateix temps, es constata que es mantenen sense variacions els recursos de la família en quasi totes les situacions de dificultat personal i que seguim confiant en l'entorn familiar sense percebre les seves modificacions, la qual cosa comporta per a moltes persones solitud i absència de suport per afrontar situacions difícils.

Per altra banda, les dades epidemiològiques mostren que el risc de patir depressió major i distímia és major a mesura que augmenta l'edat del subjecte (Burwill, 1995), arribant al seu màxim entorn als 40-50 anys per a la dona i als 45-59 anys per a l'home, observant-se la màxima incidència a partir dels 40 anys per a la dona. En canvi, els trastorns bipolars comencen d'una manera molt més primària i l'edat mitjana estaria entre els 18-20 anys. Aquestes xifres d'edat estan relacionades amb els factors psicosocials de tensió que es donen en els diferents àmbits de la vida en aquesta època. Aquests factors en la dona estarien lligats amb el seu rol familiar i les crisis personals, i en l'home coincidirien amb una major problemàtica en l'àmbit laboral i la pèrdua de les il·lusions de la joventut.

En relació a la depressió en l'edat avançada, els diferents estudis mostren resultats contradictoris, uns mostren proporcions més altes d'incidència de depressió a mesura que augmenta l'edat, mentre que d'altres més baixes, amb una diferent simptomatologia en relació a d'altres grups d'edat; en aquest sentit, Burwill (1995) assenyala que les persones de més de 65 anys estan menys predisposades a admetre símptomes com humor disfòric i pèrdua de la il·lució per les coses que les joves, però són les que més informen sobre trastorns del son, trastorns somàtics i idees de mort. Els joves informen amb més freqüència d'una simptomatologia depressiva relacionada amb el cansament i l'astènia, però no amb l'humor disfòric, identificant-se una diferent simptomatologia de la depressió segons l'edat.

El mateix autor, en el seu estudi de revisió sobre l'epidemiologia de la depressió, afirma que les persones nascudes a partir de la Segona Guerra Mundial és la cohort on es detecta una màxima incidència de la depressió. Per un altre costat, hi ha una disminució de la incidència en adults nascuts abans de 1920, detectant-se un període d'interacció entre sexe



i edat que se situa entre els 60-70 anys; també es mostra una major prevalença entre els joves en la cohort dels 15 als 24 anys.

El context social, econòmic i cultural sempre ha estat vinculat amb la forma de presentació de la malaltia mental. Es creu que els trastorns depressius majors i distímics són més freqüents en persones de classe social baixa, mentre que els trastorns bipolars es donen més en persones de classe social alta. En relació a la presència de símptomes depressius, en estudis sobre la depressió postpart, s'observa una major incidència en les classes més desafavorides, amb una correlació alta entre dades com ara les condicions socioeconòmiques i laborals -habitatge, atur, nivell d'ingressos- i el risc de desenvolupar la depressió. Trobem, a més a més, que la problemàtica laboral, social i familiar de la dona augmenta la freqüència, durada i intensitat dels símptomes de depressió postpart (Shephard, 1997). Els altres trastorns de l'humor afectarien més a dones joves de classe social baixa que no treballen, que tenen fills petits i que viuen a la perifèria de les grans ciutats, ja que es troben sotmeses a unes pitjors condicions socioeconòmiques i laborals.

Per un altre costat, els subjectes de classe baixa tenen més tendència a expressar la seva simptomatologia depressiva a partir de queixes somàtiques i els de classe alta a presentar una simptomatologia més emocional, alhora que les classes més desafavorides es pensa que són objecte d'un diagnòstic més sever i un tractament psicoterapèutic de menys qualitat (Páez, 1985). Una de les raons pot ser que els neuropsiquiatres en les seves consultes públiques tenen poc temps per a diagnosticar depressions encobertes.

En relació al model de vida, encara que en els darrers anys s'hagi idealitzat el model rural, no es presenten diferències evidents entre la freqüència de la depressió en l'àmbit rural o

urbà. Sempre s'ha considerat que les malalties mentals eren més freqüents a les ciutats que en l'àmbit rural, potser perquè es dona una major tolerància en relació als símptomes en els pobles, alhora que la possibilitat de rebre tractament és major a la ciutat, el que influeix de manera conjunta sobre les conclusions dels diferents estudis que relacionen el medi social amb la depressió. El que sí es constata en els diferents estudis és un augment de la depressió dins de les classes suburbanes i de diferents grups ètnics. Es detecta una major taxa de depressió en negres i hispanoparlants a USA, mostrant-se una major proporció de simptomatologia depressiva entre les dones afroamericanes quan se les compara amb les dones africanes o americanes (Warren, 1994), si bé no hem d'oblidar que la influència ètnica i racial està íntimament relacionada amb la classe social. En concret, es constata que en la mesura que augmenta la classe social les diferències en relació a l'ètnia es fan menys evidents.

En relació a la situació laboral, moltes de les recerques sobre l'atur realitzades en l'àmbit anglosaxó utilitzen el *General Health Questionnaire*, test autoadministrat orientat a detectar trastorns psíquics no psicòtics, i que inclou aspectes relacionats amb la depressió, l'ansietat, la baixa autoestima i diferents formes de malestar. Els resultats han mostrat que la situació d'atur provoca canvis en la salut mental, trobant-se una major freqüència d'ansietat, depressió, insomni i irritabilitat, alhora que disminueix el nivell d'autoestima i confiança; a més a més, l'efecte de la situació d'atur en el malestar psicològic es fa més evident entre les persones de mitjana edat, ja que els grups d'edats extrems assoleixen l'estabilitat més ràpidament. (García-Campayo, 1998)

Com hem vist, l'atur és un factor de risc en el desenvolupament de trastorns depressius, ja que els nivells d'aspiració, la participació positiva i el sentit d'autonomia personal es

veuen afectats negativament amb la pèrdua de treball, constituint un estat desfavorable per a la salut, familiar i individual. L'atur està associat amb la depressió, l'ansietat, l'insomni i el maldecap, observant-se un augment en el nivell de trastorn psicològic poc abans i immediatament després d'estar sense ocupació i que disminueix en trobar un nou treball (Puig, 1994). En concret, segons l'Enquesta de Salut de Barcelona 1993, la depressió i la percepció negativa de la pròpia salut són freqüents entre els parats de totes les classes socials i aquesta referència és significativa més enllà dels factors personals i socioeconòmics. En resum, s'identifica en tots els casos una sensació de pèrdua de control sobre el propi destí, augmentant l'esmentada situació especialment en el cas dels homes, a mesura que augmenta el temps de duració de la situació de manca de treball.

Per últim, el concepte *de pèrdua d'una persona significativa* també ha estat un dels factors íntimament relacionats amb el procés depressiu i ha donat lloc a una àmplia producció científica entre la relació del procés de dol per la pèrdua i els símptomes depressius. Els diferents estudis al voltant d'aquest tema es basen, per un costat, en les recerques centrades en l'estudi de la influència entre la pèrdua primerenca dels pares en la infància i l'adolescència i la presentació de trastorns depressius en l'edat adulta, identificant-se un major nombre de símptomes depressius quan la pèrdua és la de la mare i també si hi han antecedents depressius a la família. (Ferrari, 1993; Bourgeois, 1994)

Nombrosos autors (Clayton et al, 1985; Kissane et al, 1997) han estudiat prospectivament i retrospectiva les parelles vídues i el procés d'adaptació a la pèrdua del cònjuge, documentant els símptomes evolutius del procés de dol i identificant una freqüència de símptomes depressius durant el primer mes del 42% i al cap de l'any del 16% en la mostra estudiada. Aquests mateixos autors destaquen el fet que, mentre els símptomes somàtics

de la depressió disminueixen de manera significativa en les primeres fases del procés d'elaboració del dol, els símptomes psicològics com el desig de morir, la desesperança, els pensaments suïcides, la infravaloració i la ràbia en un nombre significatiu de subjectes no disminueixen amb el pas del temps, sinó que tendeixen a augmentar; es constata, doncs, que en les primeres fases del dol predominen els símptomes fisiològics, però a mesura que la parella intenta organitzar la seva vida després de la pèrdua es quan més símptomes depressius presenta.

En estudis recents sobre el procés de dol en les parelles de malalts terminals o amb demència (Walker, 1996) i la seva relació amb la depressió, s'utilitza el *Brief Symptom Inventory*; per a l'avaluació dels símptomes depressius. Els diferents autors arriben a la conclusió que, durant el procés de dol, el risc de patir una malaltia depressiva és directament proporcional al grau de suport social que rebí la persona durant el procés de dol, essent la sensació de solitud i la desintegració social els elements que facilitaran el procés depressiu, amb independència de quin sigui el tipus de pèrdua.

Aquest fet posa de manifest la necessitat de tenir en compte en els estudis sobre la depressió la diferenciació entre les reaccions habituals i *normals* davant d'una situació de dol i les possibles complicacions depressives d'un procés de dol *anormal*, a causa de la presentació d'una síndrome depressiva de llarga durada, de gran intensitat i que no disminueix després del primer any de la pèrdua.

## LES TEORIES SOBRE L'ETIOLOGIA DE LA DEPRESSIÓ

La psicopatologia depressiva és susceptible d'oferir una possibilitat d'anàlisi molt variada, tant qualitativa com quantitativa, cosa que dificulta seriosament saber de què estem parlant quan diem el terme **depressió**. Un mateix problema psicopatològic, com pot ser la depressió, pot ser diversificat i modelat de maneres molt diferents, depenent del sistema del qual partim a l'hora de la seva observació i de la seva anàlisi. Si bé el problema pot ser únic, no així les seves manifestacions observables i analitzables que són molt diverses i variades. Segons Polaino-Lorente (1986) hi han cinc orientacions teòriques que ens permeten d'analitzar les manifestacions psicopatològiques: a) biològiques, b) clíniques, c) conductuals i cognitives, d) psicoanalítiques i e) psicosocials.

### Teories biològiques

Els darrers vint anys, coincidint amb la intensificació de la recerca sobre els psicofàrmacs, s'han obtingut dades que permeten efectuar un seguit d'hipòtesis sobre què li succeeix a la persona quan emmalalteix de depressió. Encara que no hi han conclusions sobre el mecanisme definitiu, hi ha el consens científic que la depressió és causada, en darrer terme, per alteracions que tenen lloc al cervell de la persona malalta. Existeixen dades que sostenen la hipòtesi d'una base genètica per a la depressió, la qual cosa estaria recolzada per l'alta incidència familiar detectada en els trastorns depressius bipolars (Paykel et al, 1985). Existeix un acord, pràcticament universal, en assenyalar el paper causal dels defectes en el procés de neurotransmissió de monoamines cerebrals en la gènesi de la depressió; en concret, dos neurotransmissors que pertanyen al grup de les catecolamines

(la noradrenalina i la dopamina) i una indolamina (la serotonina) són especialment importants en la gènesi de la depressió. (Costa i cols, 1994)

Existeixen proves que avalen la hipòtesi etiopatogènica d'un defecte en el procés de neurotransmissió (Howland, 1993). Els nivells dels metabòlits principals de la noradrenalina (3-metoxi-4-hidroxifenilglicol, MHPG), de la dopamina (àcid homovinílic, HVA) i de la serotonina (àcid 5-hidroxi-indolacètic, 5HIAA), solen estar disminuïts en el curs dels trastorns depressius i augmenten quan la depressió remet davant la utilització de fàrmacs antidepressius. Existeixen, lògicament, diferències d'un subjecte a un altre en el referent del sistema de neurotransmissió afectat, cosa que ha portat a proposar l'existència de diferents formes bioquímiques de depressió.

En relació a l'existència d'alteracions en els receptors, han estat identificats bàsicament tres possibles factors causals: l'increment de receptors postsinàptics per la 5-hidrotriptamina, l'augment en la densitat d'adrenoreceptors  $\alpha_2$  i l'increment de la sensibilitat dels autoreceptors  $\alpha_2$  adrenèrgics.

A mesura que avança l'estudi dels mecanismes d'acció dels antidepressius, va prenent més força la teoria biològica sobre la depressió; així, aquesta hipòtesi ha pres una especial importància en els últims deu anys, amb la comercialització dels antidepressius de nova generació<sup>9</sup>. L'avenç en el camp dels tractaments antidepressius ha fet modificar la idea tradicional que el tractament amb psicofàrmacs està justificat sols en

---

<sup>9</sup> Els Inhibidors Selectius de la Recaptació de la Serotonina (ISRS) són medicaments antidepressius, el mecanisme d'acció dels quals és la recaptació de la serotonina per les extremitats sinàptiques de la neurona, després de l'alliberament d'aquest neurotransmissor en l'espai sinàptic. Aquests medicaments s'han comercialitzat en els últims cinc anys i tenen com a característica l'absència de contraindicacions i la presentació de menys efectes secundaris. Un dels medicaments que ha aixecat molta polèmica en aquest últim grup va ser el primer i SRS comercialitzat, el Prozac®.

aquells casos de depressions d'etiologia endògena, en tant que la psicoteràpia està indicada, com a tractament, en els altres trastorns depressius. Es creu que el tractament de la depressió és el que més bones perspectives té en la pràctica de la psiquiatria.

A més a més els que defensen l'organicitat de l'alteració depressiva, en destaquen els següents fets (Klerman, 1990; Vallejo, 1987):

- a) L'existència de patrons similars a través de diferents cultures.
- b) L'efectivitat relativa a algunes teràpies físiques, com ara, els antidepressius i l'electroshock.
- c) L'existència de certs productes com els medicaments antihipertensius que són capaços d'induir estats d'ànim deprimits.
- d) La relació entre els canvis anímics i els canvis endocrins en la dona: la menstruació, el part, la menopausa, etc...

El desenvolupament de les orientacions biològiques ha permès reubicar la malaltia mental des de la dimensió moral, psicològica i social a un pla estrictament orgànic. En aquest espai, els diferents quadres psicopatològics poden ser delimitats i classificats des del punt de vista de la seva simptomatologia clínica.

## Teories clíniques

La taxonomia hegemònica en la psiquiatria contemporània és el *Manual Diagnòstic i Estadístic*, actualment en la seva quarta edició (DSM-IV, 1997). Aquesta darrera versió del manual diagnòstic, coordinat per Spitzer i publicat l'any 1980 per l'*American Psychiatry Association*, ha estat publicat en vint llengües diferents i en nombrosos països, superant les edicions de les classificacions internacionals de les malalties de l'OMS (CIE).

Per exemple, l'última versió de la CIE (CIE,10) ha incorporat gran quantitat de criteris semàntics i nosològics del DSM, constatant l'hegemonia de la psiquiatria nord-americana en el panorama mundial.

En el DSM-IV, la depressió està inclosa dins dels trastorns de l'estat d'ànim i inclou tots els trastorns mentals que tenen com a característica principal una alteració de l'humor. Seguidament considerarem els criteris diagnòstics del DSM-IV pels trastorns depressius majors i els trastorns distímics, ja que aquests han estat l'objecte de la nostra investigació. Els pacients que han participat en el nostre estudi han estat diagnosticats segons els següents criteris:



**Taula núm.VI.- Criteris diagnòstics del DSM-IV per a l'episodi depressiu major**

**Criteris per al diagnòstic de l'episodi depressiu major**

**[296.2]**

A: Presència de cinc (o més) dels següents símptomes durant un període de 2 setmanes, que representen un canvi respecte de l'activitat prèvia; un dels símptomes ha de ser (1) estat d'ànim depressiu o (2) pèrdua d'interès o de la capacitat per al plaer.

**Nota:** No inclouré els símptomes que són clarament deguts a una malaltia mèdica o a les idees delirants o al·lucinacions no congruents amb l'estat d'ànim.

1. Estat d'ànim depressiu gairebé tot el dia i cada dia segons ho indica el mateix individu (p. ex., se sent trist o buit) o l'observació realitzada per altres (p. ex., plor). Disminució de l'interès o de la capacitat per al plaer en totes o gairebé totes les activitats la major part del dia, gairebé cada dia (segons ho indica el propi individu o ho observen els altres).
2. Pèrdua important de pes sense fer règim o augment de pes (p. ex., un canvi de més del 5% del pes corporal en un mes), o pèrdua o augment gairebé cada dia.
3. Insomni o hipersòmnia gairebé cada dia.
4. Acceleració o alentiment psicomotors gairebé cada dia (observable pels altres, no simples sensacions d'inquietud o d'estar alentit).
5. Fatiga o pèrdua d'energia gairebé cada dia.
6. Sentiments d'inutilitat o de culpa excessius o inadequats (que poden ser delirants) gairebé cada dia (no simples autoretretos o culpabilitat pel fet d'estar malalt).
7. Disminució de la capacitat per pensar o concentrar-se, o indecisió, gairebé cada dia (ja sigui una atribució subjectiva o una observació aliena).
8. Pensaments recurrents de mort (no només temor a la mort), idees suïcides recurrents sense un pla específic o una temptativa de suïcidi o un pla específic per suïcidar-se.

B. Els símptomes no compleixen els criteris per a un episodi mixt.

C. Els símptomes provoquen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

D. Els símptomes són deguts als efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex., una droga, un medicament) o una malaltia mèdica (p. ex., hipotiroidisme).

Els símptomes no s'expliquen millor per la presència de dol (p. ex., després de la pèrdua d'un ésser estimat), els símptomes persisteixen durant més de dos mesos o es caracteritzen per una acusada incapacitat funcional, preocupacions mòrbiques d'inutilitat, idees suïcides, símptomes psicòtics o alentiment psicomotor.

Font: DSM-IV

**Taula núm. VII.- Criteris diagnòstics del DSM-IV per al trastorn distímic**

**Criteris per al diagnòstic del trastorn distímic**

**[300.4]**

- A. Estat d'ànim crònicament depressiu la major part del dia gairebé cada dia, manifestat pel subjecte o observat pels altres, durant almenys 2 anys.
- B. Presència, mentre està deprimit, de dos (o més) dels següents símptomes:
1. Pèrdua o augment de la gana
  2. Insomni o hipersòmnia. Manca d'energia o de fatiga
  3. Baixa autoestima
  4. Dificultats per concentrar-se o per prendre decisions
  5. Sentiments de desesperació

C. Durant el període de 2 anys de l'alteració, el subjecte no ha estat sense els símptomes dels criteris A i B durant més de dos mesos seguits.

D. No hi ha hagut cap episodi depressiu major durant els dos primers anys de l'alteració (1 any per a nens i adolescents); p. ex., l'alteració no s'explica millor per la presència d'un trastorn depressiu major crònic o un trastorn depressiu major en remissió parcial.

**Nota:** Abans de l'aparició de l'episodi distímic potser hi va haver un episodi depressiu major previ que un cop remès totalment (cap altre signe o símptoma significatiu durant 2 mesos). A més a més, després dels primers 2 anys de trastorn distímic, pot haver-hi episodis de trastorn depressiu major superposats, el que implica que s'han de realitzar ambdós diagnòstics si es compleixen els criteris per a un episodi depressiu major.

E. Mai hi ha hagut un episodi maníac, un episodi mixt, o un episodi hipomaniac i mai s'han complert els criteris per al trastorn ciclotímic.

F. L'alteració no apareix exclusivament en el transcurs d'un trastorn psicòtic crònic, com ho són l'esquizofrènia o el trastorn delirant.

G. Els símptomes són deguts a efectes fisiològics directes d'una substància (p. ex., un medicament) o a una malaltia mèdica (p. ex., hipotiroïdisme).

Els símptomes provoquen un malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o d'altres àrees importants de l'activitat de l'individu.

*Especificar si:*

**Inici primerenc:** si l'inici és abans dels 21 anys.

**Inici tardà:** si l'inici es produeix als 21 anys o amb posterioritat.

Font: DSM-IV

Com podem veure, el DSM-IV distingeix la depressió major del trastorn distímic. Els criteris diagnòstics de la depressió major corresponen al prototip de síndrome depressiva completa, que comporta unes condicions mínimes de gravetat i de simptomatologia. El trastorn distímic, que correspon en certa manera a la depressió neuròtica, té un curs més crònic, una clínica més incompleta i de menor gravetat i està més condicionat per la personalitat de l'individu i la seva conflictivitat personal i social.

Si comparem els criteris diagnòstics de la depressió del CIE-10, publicats el 1993, i els del DSM-IV, detectem una sèrie de diferències. En la classificació de l'OMS en relació a la depressió, es descriuen deu símptomes, a diferència del DSM-IV, on la pèrdua de l'autoestima constitueix un símptoma diferent del sentiment inapropiat de culpabilitat. La CIE-10 conté criteris diagnòstics diferents per a cada nivell de gravetat de l'episodi depressiu major; així, defineix un episodi com a lleu si presenta un mínim de quatre dels deu símptomes definits, nivell moderat amb sis dels deu símptomes definits i el nivell greu si presenta de vuit a deu dels símptomes definits. A més el CIE-10, en la seva classificació, exigeix per a ser considerat un episodi depressiu major la presència almenys de dos dels tres símptomes següents: estat d'ànim depressiu, pèrdua de l'interès i de l'energia.

En la nostra opinió, en la intervenció clínica les nosografies són útils sempre que es tingui en compte que adoptar un criteri de classificació no vol dir ajustar-se a ell de forma dogmàtica. Ben al contrari, s'ha d'assumir amb la mateixa provisionalitat amb què s'accepta qualsevol postura científica. Això és, sotmetent-la constantment a crítica i a revisió. En el cas de la salut mental això és especialment important per diverses raons:

- 1) Des de qualsevol posició teòrica de la salut mental s'accepta que els quadres clínics són abstraccions difícils de trobar en la realitat de l'estat en què apareixen en les descripcions. Allò que habitualment es troba en la clínica són

barreges i transicions no estables, en constant canvi. En el camp de la salut mental la noció de categoria exhaustiva i mútuament excloent és quasi una utopia.

- 2) Allò que no apareix, allò que no és conceptualitzable en les actuals nocions de quadre clínic, és tant o més important que allò que sí apareix, ja que sovint ens trobem davant el fet paradoxal que la classificació, com a molt, abarca una part de l'experiència. A més a més, molts símptomes són difícils d'incloure en una categoria diagnòstica.
- 3) Las nosografies es refereixen a quadres però no a intensitats, essent aquest últim un dels conceptes més importants. No és el mateix parlar de "depressió" solament que parlar de la seva severitat en termes d'incapacitats, és a dir, cal parlar de quines coses no pot fer la persona a causa del seu trastorn.

Davant d'aquesta situació la psiquiatria més convencional nega aquests problemes i intenta cenyir-se als criteris identificats, oblidant la subjectivitat de l'experiència o des de posicions més *avançades* es nega la utilitat de la nosografia en bloc (Matrajt, 1992). Nosaltres pensem que la noció de quadre clínic és molt útil, sempre que es tinguin en compte les crítiques circumstancials i no hi hagi un sotmetiment a ella de forma dogmàtica, intentant cenyir-se als criteris identificats i oblidant-se de la subjectivitat de les experiències vivencials.

## Teories conductuals i cognitives

També des de fa vint anys, la Psicologia de l'aprenentatge<sup>10</sup> (Bandura i cols, 1977) s'ha ocupat del tema de la depressió, especialment de la forma denominada "neuròtica o reactiva", si bé no té inconvenient en acceptar la diferència existent entre les neurosis depressives i les psicosis maníacques i depressives, a causa de la difícil replicació experimental que tenen aquestes últimes. Els estudis conductuals de la depressió parteixen de les investigacions de Skinner (1932) definint la característica fonamental de la depressió en: *Una reducció de la freqüència de les conductes que són reforçades positivament*; així, la depressió seria conseqüència d'una baixa taxa de reforçadors positius.

La conducta depressiva és apresada a causa d'una baixa taxa de contingències ambientals positives (Ferster, 1973). La proposta d'aquests autors és que la conducta depressiva seria el resultat dels següents processos que es poden donar de forma aïllada o combinada:

- 1) Canvis esperats en el medi, sobtats, que suposen pèrdues de fonts de reforçament o d'estímul discriminatius d'importància per al subjecte.
- 2) Modificació en el programa de reforç que suposa la necessitat de grans canvis de conducta per a produir conseqüències en el seu medi.

---

<sup>10</sup> Les bases de la psicologia de l'aprenentatge les trobem en Thorndike, 1913. Aquest autor considera l'aprenentatge com un procés de prova i error, o de selecció i connexió. Per aprendre és necessari estar motivat, és a dir, l'aprenentatge està basat en les connexions teòriques estímul-resposta. Algunes d'aquestes connexions estan enfortides mentre que d'altres estan afeblides. En una situació de confinament, els animals després d'un gran nombre de temptatives incorporaven dins del repertori conductual els impulsos que els conduïen a l'èxit, mentre que rebutjaven els intents no fructífers. Aquest autor afirma que la pràctica pura no condueix a l'aprenentatge i formula la llei de l'efecte, de la disposició i de l'exercici com a bàsica per a l'aprenentatge.

- 3) Ventall limitat d'observacions que porten els depressius a una distorsió de la realitat i a comportaments que poques vegades són reforçats.

En conjunt, per aquests autors, moltes de les conductes depressives es mantenen amb la finalitat de permetre a la persona evitar estímuls que són per a ella negatius o situacions desagradables; aquesta conducta d'evitació, al seu torn, comportaria la dificultat d'obtenir reforços positius.

Un dels altres termes populars dins d'aquest model seria el terme de *learned helplessness* traduït com a *desvalorització apresada* (Seligman, 1975; 1989). Aquest autor parteix d'una sèrie d'experiències amb animals<sup>11</sup> i creu que aquestes experiències poden ser transferides a l'ésser humà; argumenta que quan una persona aprèn que allò que li passa és independent de les respostes voluntàries, cau en un estat psicològic que es pot denominar com *indefensió, desempar i impotència apresada*. A nivell motivacional, l'estat d'indefensió apresada es caracteritza per una falta de motivació, derivada de la creença que les respostes són independents dels resultats i, per tant, és igual actuar que no fer-ho. A nivell emocional, si el resultat es traumàtic, es donen dues reaccions: en un primer moment, mentre l'individu es troba fent esforços per a controlar els resultats, el sentiment predominant és l'ansietat. Quan el subjecte deixa de fer esforços i acaba per creure que la situació és incontrolable, comencen a presentar-se els sentiments de depressió. Assenyala Seligman:

---

<sup>11</sup>En Seligman, se cita textualment: "Aplicant corrent elèctric a les parets d'una gàbia, a on es troba tancada una rata, s'observa com l'animal respon amb un reflex de fugida. En canvi, a l'ampliar el nombre de parets electrificades fins arribar al nombre de parets existents, s'observa com la rata davant la situació d'indefensió, substitueix el reflex de fugida per una actitud inhibida i negativista associada al rebuig alimentari". (Seligman, 1989)

*La conducta del sujeto deprimido, su ansiedad, su pesimismo, es causa de un comportamiento de evitación social, lo que disminuye considerablemente la posibilidad de recibir estímulos gratificantes o positivos, el enfermo depresivo, por tanto, ha perdido el control de su propia conducta. (Seligman, 1989)*

Així i doncs, l'estat cognitiu alterat, el dèficit motivacional i el dèficit d'autoestima, provenen de l'expectativa que no es podran controlar els resultats negatius d'una experiència o que amb la mateixa es perdran resultats positius importants. L'estat emocional, no obstant, es deriva no de les expectatives de manca de control, sinó de la creença que li esdevindran fets negatius que no pot evitar. Aquests sentiments negatius seran més intensos com més important sigui per a la persona el fet positiu que perd o el fet negatiu que li passarà.

*He presentado una teoría de la indefensión que afirma que, cuando son expuestos a acontecimientos incontrolables, los organismos aprenden que responder es inútil. Este aprendizaje hace disminuir el incentivo para responder, y produce así una profunda interferencia en la motivación de la conducta instrumental. También interfiere proactivamente el aprender que la respuesta es efectiva cuando los acontecimientos se vuelven controlables, y de esta forma produce distorsiones cognitivas. El miedo de un organismo enfrentado a una situación traumática disminuye si aprende que las respuestas controlan la situación; el miedo permanece si el organismo sigue sin tener la certeza de que la situación es controlable; si el organismo aprende que el trauma es incontrolable, el miedo da paso a la depresión. (Seligman, 1989)*

A continuació aquest autor estableix en el seu estudi un paral·lisme entre els símptomes, la causa, la curació i la prevenció de la indefensió apresada i els corresponents a la clínica de la depressió.

**Taula núm. VIII.- Proposta de Seligman**

	Indefensió apresada	Depressió
SÍMPTOMES	Passivitat. Dificultat per aprendre que les respostes produeixen alleugeriment. Es dissipa amb el temps. Falta d'agressió. Pèrdua de pes, pèrdua de la gana, dèficits socials i sexuals. Disminució de norepinefrina i activitat colinèrgica. Úlceres i tensió.	Passivitat. Disposició cognitiva negativa. Curs temporal. Hostilitat introjectada. Pèrdua de pes, pèrdua de la gana, dèficits socials i sexuals. Descens de norepinefrina i activitat colinèrgica. Úlceres (?) i tensió.
CAUSA	Aprenentatge que les respostes i els reforçaments són independents.	Sentiment d'estar indefens. Creença en la inutilitat de la resposta.
CURACIÓ	Teràpia directiva: exposició forçada a respostes que produeixen reforçament. Descàrrega electroconvulsiva. Temps. Anticolinèrgics; estimulants, norepinefrina (?)	Recuperació de la creença que respon produïx reforçament. Descàrrega electroconvulsiva. Temps. Estimulants de la norepinefrina anticolinèrgics (?)
PREVENCIÓ	Immunització per domini del reforçament.	(?)

Font: Seligman 1989

Una de les crítiques importants que ha rebut aquesta teoria és el pas de l'extrapolació de dades de la conducta animal al comportament humà, si bé posteriorment, ha estat reformulada pel model de la desesperança (Abraham i cols, 1989), basades en la teoria de l'atribució de la psicologia social.

Per un altre costat, Beck (1967; 1983) en la seva *teoria cognitiva de la depressió* aporta una gran riquesa conceptual a partir de l'experiència clínica amb subjectes deprimits. La hipòtesi central del seu treball es basa en la comprensió de la forma com el subjecte deprimat es percep a sí mateix, el seu mitjà i el seu futur. La persona deprimida presenta el que s'ha denominat *una triada cognitiva negativa*, és a dir, segons aquest autor el factor



psicològic principal que explica la depressió seria l'existència d'un estil cognitiu negatiu, que es basaria en tres aspectes:

- a) Una consideració negativa de si mateix.
- b) Una consideració negativa del seu món.
- c) Una consideració negativa del seu futur.

Com a conseqüència d'aquest trastorn cognitiu, les persones deprimides tenen tendència a mal interpretar fets i situacions concrets i irrellevants, prenent-los com experiències de fracàs, de privació i rebuig personal; tenen, de la mateixa manera, tendència a magnificar un fet que pot ser definit com a negatiu fins arribar a excloure quasi en la seva totalitat els fets positius:

*Estos pensamientos se activarían automáticamente, le parecerían plausibles al sujeto y les llevarían a seleccionar la información negativa, ignorando la positiva. Además, esta información sería codificada y almacenada más eficazmente en la memoria, por lo que se recordarían mejor los sucesos y hechos negativos; este esquema negativo sería resistente a nueva información, manteniendo el estado negativo mediante una distorsión negativista de la realidad. (Beck, 1983)*

Aquestes expectatives pessimistes dels esquemes cognitius distorsionats són reforçats contínuament per error en el processament de la informació, basats en l'abstracció selectiva<sup>12</sup>, la generalització<sup>13</sup> i la personalització<sup>14</sup>. Aquests errors es poden trobar també en subjectes normals, però el que caracteritza la persona depressiva és la utilització més freqüent i amb més intensitat d'aquests esquemes; així, doncs, es parteix del fet que determinades circumstàncies exteriors o interiors activarien processos cognitius equivocats, adquirits en altres moments de la vida i que estaven en estat latent. Els

<sup>12</sup> Tendència que té el subjecte per a centrar-se en els detalls negatius, minimitzant els aspectes positius.

<sup>13</sup> Tendència que l'experiència de fets negatius aïllats sigui transferida a altres situacions.

<sup>14</sup> Sobrevalorar la relació entre la persona i els aconteixements desfavorables del seu entorn; en aquest

pensaments voluntaris i involuntaris, els esquemes envers la visió del món i de si mateix, i els errors en el processament de la informació retroalimentarien la visió negativa que la persona deprimida té de si mateixa, del seu món i del seu futur.

El tractament de la depressió, des del punt de vista de la teoria cognitiva, se centra en l'actuació sobre cadascun dels processos cognitius alterats, i té com objectiu identificar i modificar els esquemes cognitius considerats disfuncionals. Actualment, la teoria cognitiva és una de les que més impacte té en tots els estudis realitzats sobre la depressió i el seu tractament. Creiem que el seu èxit és degut al fet que la teràpia permet un entrenament estructurat, en relació a una sèrie d'habilitats, que la persona pot utilitzar per a sentir-se més eficaç en la seva tasca diària i extrapolar al seu entorn de relació, la qual cosa evitaria la recaiguda.

## Teories psicoanalítiques

El primer treball psiconalític sobre el tema de la depressió va ser realitzat per K. Abraham (1916) en un intent sistemàtic d'explorar la malaltia maníacodepressiva segons les exigències de la teoria psicoanalítica. En aquest treball es comparava la depressió amb el dol per la pèrdua d'una persona o objecte<sup>15</sup> (Mendels, 1989). Abraham afirmava que la diferència fonamental entre la pena davant la pèrdua d'una persona o dol<sup>16</sup> i la depressió, rau en el fet que la persona que porta dol està conscientment preocupada per la pèrdua d'algú; en canvi, un pacient depressiu es troba dominat pels seus sentiments de pèrdua,

---

cas, la persona percep automàticament que tota la hostilitat, la indiferència i el rebuig dels altres van lligats a la seva responsabilitat personal.

<sup>15</sup> Objecte, des del punt de vista psicoanalític, és tota pulsio o força de l'individu.

<sup>16</sup> Dol fa referència al procés d'elaboració psicològica per part de la persona de la pèrdua experimentada.

culpa o pobra autoestima, per una pèrdua inconscient. En un pacient depressiu els sentiments d'hostilitat envers la persona perduda, real o simbòlica, es dirigeixen contra un mateix. Abraham afirma que el depressiu percep la pèrdua d'un "*objecte*" com un rebuig de si mateix, per la manera com la confon inconscientment amb les experiències prèvies i sensibilitzadores.

Posteriorment, Freud (1952) va ampliar les idees d'Abraham i va plantejar les bases teòriques del concepte de depressió en termes de la teoria psicoanalítica. Freud considerava essencial en el desenvolupament de la depressió la pèrdua d'un objecte estimat, no necessàriament la mort real d'una persona; també afirmava que l'absència d'amor i suport per part d'una figura significativa, principalment els pares durant els primers anys de vida, predisposaria a una persona a patir una depressió en èpoques posteriors de la seva vida. Segons aquest autor, és aquesta pèrdua, posteriorment recapitulada en forma simbòlica de la pèrdua primària de la infància, l'origen de la depressió en èpoques posteriors:

*Ha existido antaño una elección de objeto, una adherencia de la libido de una persona particular. Más tarde, debido a un desaire real o a una decepción proveniente de la persona amada, se quebró la relación al objeto. El resultado no fue el normal, de apartamiento de la libido respecto a este objeto y el desplazamiento a otro nuevo, sino que es un resultado algo diferente para cuya realización parecen necesarias varias realizaciones. (...) La libido libre no se desplazó hacia otro objeto. Se replegó hacia el yo, allí se dedicó a establecer una identificación del yo con un objeto abandonado. De esta forma, un objeto perdido se transformó en una pérdida que atañe al yo y al conflicto entre el yo y la persona perdida en una resquebradura entre la actividad crítica del yo y el propio yo en cuanto alterado por la identificación.. (Freud. 1952)*

Freud va tractar de manera molt acurada la definició del terme *malenconia* i va perfilar molt clarament el quadre de les psicosis depressives: tristesa acompanyada de dolor

profund, pèrdua d'interès pel món extern, incapacitat per estimar, inhibició de l'activitat i pèrdua d'autoestima que es manifesta per la necessitat d'autoinculpació i que sol portar a la creença que s'acosta un perill per a la persona. Va observar que la malenconia, igual que el dol, es dona a causa de la pèrdua d'un objecte estimat, bé sigui per mort o, en sentit figurat, per rebuig, o bé arrel de la pèrdua d'alguna abstracció que ocupa el lloc de l'objecte estimat com la pàtria, la llibertat, un ideal, etc. També va donar una especial rellevància a la pèrdua de l'autoestima que es dona en els processos depressius mitjançant la crítica i el rebuig de la persona envers ella mateixa.

De totes maneres, algunes de les qüestions plantejades en aquest article constitueixen actualment un dels problemes no resolts en psiquiatria. En el seu treball parteix de les semblances entre dol i depressió; per a ell, la pèrdua de l'objecte serà l'element clau en la seva teoria. La clínica depressiva, dins aquest context, expressarà tant l'intent de restablir la relació amb l'objecte perdut com la ràbia per la pèrdua del mateix. L'agressió inicial envers l'objecte acaba essent desplaçada envers un mateix (per exemple el *self*), i apareixen fenòmens propis d'una fase del desenvolupament denominada la *fase oral*. Posteriorment, els autors han intentat generalitzar-lo i validar-ho mitjançant l'anàlisi de la interacció primària entre el nen i els seus cuidadors, en particular amb la figura que exerceix les funcions maternals.

En aquesta línia de pensament, Spitz aporta el terme de *depressió anaclítica o síndrome d'hospitalització*, una síndrome de depressió aguda que es desenvolupa en alguns nens hospitalitzats, després d'una brusca separació de la mare; en aquests nens s'observa una apatia, ploren en silenci i semblen tristos, els importa poc la gent, el menjar o les joguines. Aquestes dificultats són irreversibles si la separació es perllonga, amb deteriorament del seu desenvolupament motriu afectiu i intel·lectual, la qual cosa els porta freqüentment a la mort abans dels quatre anys. D'aquí es derivà l'enorme importància de la presència de la mare i el contacte afectiu entre ella i el nen com a preventiu de la depressió. (Spitz, 1993)

Posteriorment, Klein centra el seu estudi de la depressió en el primer any de vida. Assenyala que la depressió reflexa l'existència d'una etapa primitiva del desenvolupament, caracteritzada per una relació molt ambivalent en relació a la figura de la mare, pròpia d'allò que aquesta autora denomina *posició depressiva* que té lloc al segon trimestre de la vida i que en cas que no es resolgui adequadament en aquesta etapa, pot influir decisivament en el caràcter depressiu de l'adult. En resum, les teories psicoanalítiques sobre la depressió consideren aquesta com una reacció davant de la pèrdua real o simbòlica d'un objecte, necessari per al manteniment de l'autoestima, i centren el seu tractament en el treball d'elaboració d'aquesta pèrdua. ( Klein, 1994)

Les crítiques a la teoria psicoanalítica de la depressió són dobles: primer de tot, en què les qüestions són formulades, freqüentment, a un nivell abstracte o teòric (Polaino-Lorente, 1986) i en segon lloc, s'atribueix una manca de dades clíniques com a base dels estudis, la qual cosa no permet jutjar d'una manera crítica els conceptes teòrics. La teoria psicoanalítica ha tingut una influència a partir dels anys seixanta, especialment en el que fa referència a la gènesi de les denominades neurosis depressives.

## Teories psicosocials

En aquestes teories el problema de la depressió se situa entorn a dos plantejaments: a) la influència del medi sobre la psicofisiologia de la persona o hipòtesis etiopatogèniques dels trastorns psicosomàtics, i b) de les investigacions derivades dels estudis epidemiològics socials i culturals.

### a) Hipòtesis etiopatogèniques:

A la dècada dels cinquanta es va desenvolupar el concepte de *malalties d'adaptació*, és a dir, aquelles malalties que es produeixen com una forma d'adaptació a l'entorn i que en l'actualitat es coneixen com a malalties per estrès<sup>17</sup> (Seyle, 1974). Aquesta línia de recerca ha tingut el mèrit d'estimular l'estudi dels factors condicionants de tipus social en la gènesi i l'etiologia de les malalties mentals. Es tracta de diferents estudis relacionats amb els aconteixements vitals, o *life events* segons la terminologia anglosaxona aquests estudis tenen el mèrit de permetre quantificar per primera vegada l'associació significativa existent entre vivències traumàtiques experimentades per la persona en els últims dotze mesos, i la relació amb les malalties tant de naturalesa orgànica com psíquica.

Hulmes i Rahe (1967) van ser els primers en sistematitzar el pes de les influències psicoculturals en relació a la malaltia mitjançant la *Social Readjustment Rating Scale*; aquesta escala determina l'esforç d'adaptació que cada un d'aquests aconteixements o canvis vitals exigeix a la persona. A partir d'aleshores, es comprova que les persones sotmeses a una major freqüència de fets estressants (canvis vitals) són més propensos a la malaltia. En aquest sentit, es va identificar que els aconteixements vitals de tot tipus eren més freqüents en les persones que patien depressió.

Sens dubte on apareix per primera vegada, de manera clara, la relació entre la depressió i l'estrès amb sentit general, és en els estudis de Brown et al (1974), on s'observava que

---

<sup>17</sup> Tota emoció intensa és capaç de produir una resposta psicofisiològica per part de l'organisme, la qual és pot contemplar des d'un doble vessant: psicològica com a consciència subjectiva de l'emoció i fisiològica amb la manifestació de canvis orgànics associats a l'emoció que es reflecteixen en els diversos aparells i sistemes: tensió arterial, pols, temperatura corporal, sudació, etc. D'una manera semblant, un estrès psicològic persistent implicaria les corresponents manifestacions fisiològiques, vehiculitzades fonamentalment mitjançant el sistema nerviós vegetatiu i neuroendocrí, que en mantenir-se durant un temps molt llarg o ser excessivament intens, pot produir modificacions patològiques a l'organisme.

els depressius es distingien de la població general per la vivència de successos amenaçadors durant l'any que precedia a l'inici de la malaltia depressiva, així com la presència d'altres successos moderadament amenaçadors i conceptuats per la persona com indesitjables en les tres setmanes abans de l'aparició de la simptomatologia depressiva.

Paykel (1985) va elaborar un terme molt utilitzat actualment en epidemiologia, el de *risc relatiu*, com la probabilitat de contraure una malaltia quan s'està exposat a un factor potencialment patogen. A l'aplicar aquest constructe a les dades sobre estrès i malaltia depressiva, s'arriba a la conclusió que les categories de successos més estressants augmenten el risc en més de sis vegades en els casos de depressió i set en el cas de suïcidi. Aquestes xifres suggereixen efectes causals importants, però no totalment determinants, entre aconteixements vitals i malaltia depressiva. A partir d'aquests estudis, s'obre en els darrers anys un ventall molt ampli sobre successos crítics i malaltia depressiva, estudiant tant les situacions d'estrès agut com les d'estrès crònic.

Els estudis de revisió sobre la vivència de la relació entre *estrès agut* i depressió es poden organitzar mitjançant dos apartats diferents:

- 1) Estudis referents a la influència dels aconteixements vitals en l'inici de la malaltia depressiva.
- 2) Estudis de la població sotmesa a situacions d'estrès.

En relació als primers, els investigadors americans van classificar els aconteixements vitals d'acord amb els següents criteris: canvis en el camp social i familiar en entrades (naixements, matrimonis, incorporació de membres a la família) o sortides (mort, separació, independència dels fills, etc); per altra banda, la percepció dels aconteixements per part de la societat, en general, com a indesitjables i altres que són considerats com a

desitjables encara que els dos impliquin una situació de canvi. Els resultats de les diferents recerques mostren un augment global de les situacions d'estrès davant els fets vivencials que suposen canvis i que són catalogats com aconeximents indesitjables i sortides. En relació amb la depressió hi han una sèrie de factors que s'han relacionat amb l'aparició del trastorn depressiu, entre ells els canvis en el cicle familiar: la maternitat, el creixement i independització dels fills, la separació matrimonial..., o bé d'altres relacionats amb el treball, tant l'èxit com el fracàs i d'altres relacionats amb les pèrdues personals o situacionals.

Tanmateix existeixen altres tipus d'aconeximents vitals relacionats amb estats depressius, aparentment sense connotacions negatives o indesitjables. Així l'experiència clínica mostra com també les depressions poden sorgir davant d'una millora professional o després d'haver assolit una fita llarg temps desitjada; aquestes són les denominades *depressions de l'èxit*, que s'expliquen perquè davant d'aquestes situacions d'èxit poden també participar-hi factors de connotacions negatives. Així i doncs, alguns aconeximents positius poden suposar una amenaça disfressada, com pot ser un canvi en l'espai físic o de relacions socials (un nou destí, trasllat de residència, nous companys), degut, per exemple, a la promoció professional, cosa que inevitablement comporta un esforç d'adaptació.

En relació al segon aspecte, l'estudi de relacions entre aconeximents vitals i depressió provenen de l'anàlisi de les situacions agudes d'estrès i de la seva repercussió en la morbiditat depressiva. Els estudis inclouen observacions en diferents comunitats afectades per desastres naturals, investigacions prospectives en famílies víctimes de catàstrofes, així com dades epidemiològiques procedents d'exèrcits exposats a situacions bèl·liques, presoners en camps de concentració i supervivents de les explosions atòmiques. Sembla ser que, després del "xoc" inicial que suposa un desastre natural, la majoria dels individus s'adapta ràpidament, però aproximadament un terç de la població afectada manifesta la



denominada *síndrome del desastre* i es queixa d'insomni, ansietat i trastorns depressius. Un bon exemple pel seu rigor metodològic el constitueix l'estudi fet per Ahern i cols (1976) sobre les repercussions posteriors al terratrèmol de Managua. Es va constatar un augment significatiu dels ingressos per depressió posteriorment al terratrèmol, registrant-se una major incidència immediatament després degut a l'impacte traumàtic de la catàstrofe i una major incidència sis o nou mesos després deguda a la dificultat d'adaptació de l'individu per ajustar-se als canvis personals i socials produïts pel desastre.

Per altre costat, un estudi recent (Caraveo, 1997) ha mostrat que la relació que existeix entre *estrès crònic* i depressió és estadísticament significativa, identificant que els estressors crònics que augmenten els símptomes depressius tenen les característiques de cinc aspectes bàsics:

- 1) Percepció de barreres per arribar a una fita o manca de millora en les condicions de vida.
- 2) Percepció que la recompensa o satisfacció en els diferents rols de l'existència no s'equiparen amb els esforços realitzats o amb el grau de capacitat que s'exigeix per a portar-los a terme.
- 3) Demandes excessives o inadequades de l'entorn en relació a la capacitat de resposta de la persona.
- 4) Frustració en les expectatives del rol.
- 5) Falta de recursos bàsics per a l'assistència adequada.

Des de la perspectiva de la salut mental, els punts esmentats tenen una gran rellevància per estar íntimament associats a les condicions socials de l'existència que van des de la família fins al treball. També Vilhjalmson (1993), en un estudi de revisió sobre dotze treballs que relacionen aconeteixements vitals en el període d'un any, suport social,

mesurat aquest pel grau de relació íntima entre el marit o la parella, i simptomatologia depressiva, estableix el fet que la depressió està fortament vinculada a successos crítics greus o amb dificultats de tipus permanent, així com amb factors de vulnerabilitat que faciliten l'episodi depressiu davant la situació crítica, entre ells l'absència d'un confident o persona amb la qual parlar de les preocupacions.

Lázarus (1984), entre altres autors, va sistematitzar la influència dels fenòmens cognitius (les interpretacions personals en l'experimentació de l'estrès) incloent, doncs, l'aspecte subjectiu en l'acció que exerceix el mitjà sobre la persona. La tendència actual dels estudis que s'ocupen de la sociogènesi dels trastorns depressius semblen recolzar la hipòtesi que la depressió de l'adult sorgeix de la interacció entre certes situacions estressants agudes o cròniques i un factor important de predisposició per part de la personalitat del subjecte, essent considerada incompleta una concepció purament ambientalista.

Malgrat tot, encara queda per descobrir perquè unes persones davant la mateixa càrrega emocional enmalalteixen i d'altres no; és a dir, queden encara per identificar alguns dels factors de protecció i vulnerabilitat individual que entrarien en joc en el procés salut-malaltia, que es defineixen com tècniques d'enfrontament (Rodríguez et al, 1989). La investigació sobre les conductes d'enfrontament i estrès suggereixen que l'eficàcia d'aquests mètodes depenen del context i de la plasticitat dels mateixos. El pes específic dels aconteixements no radica en la interpretació feta per cada persona, sinó que el seu impacte està mediatitzat per les influències de tipus social o psicològic que poden magnificar-lo o minimitzar-lo.

Des del nostre punt de vista, és un fet constatat que els aconteixements socioeconòmics com ara guerres, amenaces nuclears, catàstrofes, crisis econòmiques, falta de llibertat, mobilitat social, ..., així com les vivències en situacions de dificultats personals i

familiars, poden conduir a la depressió, però no és menys cert que la vivència d'aquests aconteixements interactuen amb les característiques psicoevolutives individuals com són el clima emocional familiar, l'habilitat social i els trets específics de personalitat (Bowlby, 1969). Únicament la consideració de tots aquests aspectes i la seva interacció mútua poden proporcionar un quadre complet de l'etiologia de la depressió que, en darrera instància, pot constituir *un estil de vida depressiu*, com a defensa a l'agressió ambiental i als fracassos individuals o familiars (Flórez, 1994).

#### **b) Estudis epidemiològics i socials:**

La sociologia també està present en l'anàlisi etiològica de la malaltia mental. Cap de les interpretacions etiològiques de la malaltia mental (biològica, de l'aprenentatge, cognitiva, etc.) pot presentar-se com explicació suficient per a donar compte de l'origen de totes o de la majoria de les malalties mentals. De totes maneres, l'explicació sociogènica ha estat present amb més o menys pes en tota la història de les ciències del comportament, des de les hipòtesis que sustentaven el tractament moral de Tuke i Pinel a principis del segle XIX, fins als recents estudis epidemiològics. L'epidemiologia ha identificat grups i situacions de risc relacionades amb factors de caire social que permeten plantejar hipòtesis respecte a la intervenció del marc social més o menys immediat, en l'origen, el desenvolupament, el desencadenament i la manifestació dels trastorns psicològics en diferents contextos socioculturals.

La *New Transcultural Psychiatry*, perfila tres línies bàsiques d'investigació portades a terme tant per etnògrafs com per epidemiòlegs, en relació a la influència de les variables socioculturals i la malaltia mental: a) el paper del treball i les variables polítiques i

econòmiques, b) la possible implicació de l'estructura familiar i de les xarxes socials, c) la importància de les creences culturals sobre què és una malaltia i sobre què és un malalt (Hopper, 1991). Si bé l'avenç en l'epidemiologia de la salut mental en els darrers anys ha estat considerable, es nota que malgrat ser un camp més sociològic que mèdic, els professionals de formació mèdica predominen sobre els de formació sociològica, la qual cosa ha provocat que pràcticament l'epidemiologia s'hagi centrat en la identificació dels factors socials que influeixen en la malaltia mental però no hagi aprofundit en intentar estat capaç d'explicar adequadament els factors que operen en aquesta relació (Pons, 1998).

Un altre concepte bàsic en què convergeixen patologia individual i patologia social és el *d'anòmia*, tema central de la sociologia de Durkheim, en el seu doble vessant de situació social sense normes i dels individus en tant que reactius a aquesta situació. Tant aquest autor com Parsons (1984) consideren com a punt d'inici de la definició de trastorn mental, l'absència de processos d'interacció estructurats entre l'individu i el medi o la ruptura d'un ordre normatiu. La font de confusió dels individus pot provenir de la distància i/o oposició entre la cultura i les pautes ideals i la cultura i les pautes reals, tant com a proposta subjacent en la pràctica del poder o com a realitat conductual, ja sigui positivament valorada o simplement tolerada. Aquesta oposició freqüentment és tal que l'acompliment estricte de la norma ideal proposada pot ésser considerada com anòmica o desviada i ésser tant font de qualificació com de patologia.

Això porta a definir els conceptes clàssics *d'anòmia* i *desviació*, com un punt d'articulació entre la patologia individual i la patologia social, entre la teoria sociològica i la psiquiàtrica. A l'identificar la raó amb l'ordre social, no es posa en qüestió l'estructura general del sistema social concret sinó que es fa una anàlisi interna de funcionament referida a aquest ordre, prioritzant-lo en el sistema referencial d'anàlisi i

d'acció. D'aquesta manera, tal com expressa Durkheim, la societat passa a ser considerada no com un simple agregat d'individus sinó com una realitat *sui generis* que està per sobre dels seus components, de forma que les lleis socials dominen els homes i aquests no poden fer altra cosa que sotmetre's. La cohesió social esdevé assegurada per les idees morals que estan impreses en la consciència col·lectiva, de la qual la consciència individual no és més que una projecció. L'enunciació de les idees morals necessàries per aquest ordre social, que Durkheim vol en qualsevol cas, l'encomana a la religió laica, la qual cosa assegura un model referencial comú de comportament i l'organització de les diferents funcions que reforcen la solidaritat social.

L'eficàcia de la submissió la veu Durkheim en la conveniència de l'ordre social per a ambdues instàncies, la societat i l'individu. Aquest aconsegueix, segons ell, la llibertat i l'autonomia amb la submissió a l'ordre fàctic existent. Pel contrari, el rebuig de la conducta regularitzada i controlada és patològic, i promou la inestabilitat, tant de l'individu com del conjunt de la societat. La disciplina moral és un bé per a la salut mental de l'individu, ja que amb el trencament no pot trobar més que patiment i dolor (Klerman, 1967). A partir d'aquests supòsits, la sociologia es desenvoluparà situant com a eix central la preocupació per la integració i l'adaptació de les persones i en cas que no es donin aquestes, s'intentarà cercar els mecanismes de reconducció o segregació. En aquest context confiarà a la psiquiatria un paper clau en la xarxa d'aquests mecanismes.

S'estableix, també, una relació entre la salut mental i la desviació, concepte complementari del d'anòmia en el paradigma integració-adaptació. Així, per a Durkheim, la desviació es relaciona amb la no acceptació del paper en el sistema d'interconnexió funcional. Per a Parsons, la desviació és una conducta que o bé es positivament lesiva o bé implica l'abandonament d'activitats funcionalment importants. Malgrat no tenir sovint en compte, de forma suficient, l'etiologia social en la identificació i la descripció simptomatològica de la malaltia mental, aquesta està

impregnada més per valoracions referents a l'associabilitat del comportament que per la preocupació pel patiment del subjecte.

Es presta atenció prioritària a les conductes anormatives, diferents, socialment afuncionals o a la capacitat de suportar el dolor o l'ansietat, però es presta poca atenció a les conductes normalitzades que sovint poden suposar personalitats socialment alienades o situacions d'ansietat més o menys suportades. El procés de desviació social pot ser considerat com una mesura de control del grup i alhora de la integració de l'individu a la societat en la que viu. És, en el fons, un procés d'institucionalització de conductes mal ajustades pel qual, en general, una persona és considerada com a *malalta* quan se li fa impossible a ella mateixa superar les seves dificultats. La teoria de la desviació social considera que alguns problemes mentals són *normals* i fins i tot constants en les societats.

Aquest concepte d'anòmia va generar un dels enfocaments més lúcids entorn a la qüestió del suïcidi (Durkheim, 1998), a partir del qual es van descriure una sèrie de relacions socials, on es poden identificar les arrels de les motivacions suïcides; a la vegada, va explicar la constància de les taxes específiques de suïcidi no tan sols en l'Europa decimonònica, sinó en altres èpoques i cultures. Aquest autor relaciona el suïcidi amb l'activitat social i parla de:

- El *suïcidi egoista*, conseqüència d'una interacció social inadequada, fruit de situacions en què la persona no troba motius suficients per seguir vivint. Constata una manca d'integració en els grups socials als quals l'individu pertany i parla d'un ego individual que creix en oposició a l'ego social. Segons aquest autor, l'individualisme excessiu es produeix sempre que es dona una desintegració d'estructures socials, tals com la religió, les relacions familiars o les estructures polítiques.

- El *suïcidi altruista* derivaria d'una interacció social frustrada i es donaria en els casos en què la interacció de l'individu amb els objectius de la col·lectivitat és intensa. Segons aquest autor, el suïcidi altruista és més freqüent en les societats on la cultura afavoreix el suïcidi i refereix exemples d'aquest tipus en la societat esquimal on el vell es dona mort quan destorba al clan, en la dona hindú que s'immola a la pila mortuòria del seu marit, o en d'altres casos en què el fet de treure's la vida és considerat com una forma d'autosacrifici noble i apropiada en una situació social.
- El *suïcidi anòmic* té a veure amb aquells suïcidis que són conseqüència d'una crisi o d'un fort impacte que pertorba l'ordre col·lectiu. Aquest tipus té tendència a incrementar la seva freqüència arran de crisis econòmiques o polítiques, o crisis personals i familiars i va acompanyat d'una forta càrrega de ràbia i frustració. La diferència entre aquest tipus i l'anterior és que en aquest hi domina la passió i en l'anterior la cognició.
- En darrer terme, Durkheim descriu el *suïcidi fatalista* que deriva d'una excessiva intervenció de la societat en la vida de la persona i que es dona com a conseqüència de la disciplina opressiva en determinades situacions socials.

Durkheim, a més, va establir la interacció entre els diferents factors socials i les quatre categories bàsiques relacionades. Va ser conscient de la importància dels trastorns psicològics -entre ells la depressió- com a factors que predisposen al suïcidi, però va argumentar que els factors socials són essencials a l'hora de prendre la determinació. De fet, el seu raonament s'acosta bastant a la descripció del què pot esdevenir una autolesió com a conseqüència d'un trastorn afectiu, al perfilar el quadre del suïcidi egoista, ja que aquestes persones són víctimes del seu retraïment, s'autoanalitzen contínuament i planegen amb antelació el lloc i l'hora de la seva mort.

Hem vist, fins ací, les diferents escoles sobre l'etiologia de la depressió. Cadascuna de les escoles, a més de situar-se de forma preferent en un espai social, també se situen en una part concreta de l'individu, centrant de manera quasi exclusiva tant la interpretació

etiològica com el nucli d'intervenció (Pons, 1989). Així, uns situen la depressió en l'organisme, altres en els primers antecedents biogràfics, altres en les manifestacions conductuals, altres en el context familiar i altres en el medi social. No obstant, essent cadascuna d'aquestes teories vàlides en el seu conjunt, les correlacions que es poden establir entre les dades generades en aquests cinc nivells són sempre més importants que quan registren un sol d'aquests nivells d'aproximació.

La confluència d'aquests nivells d'anàlisi ens portaria a un *model d'anàlisi integrada* o hol·lístic, on la naturalesa del símptoma no dona la informació suficient, sinó que és una aproximació multidimensional, considerant a més de la síndrome clínica, tots els factors biogràfics, psicosocials, adaptatius i personals, la que ens pot ajudar a una comprensió objectiva i no reduccionista del problema de la depressió (Praag van, 1982).

Per un altre costat, és evident que la societat exigeix a les persones resoldre o adaptar-se a situacions més complexes i aquells que no tenen l'energia necessària per a portar-los a terme tindran un llindar més baix en la realització d'aquest esforç exigít; hi haurà, doncs, *terrenys més forts i terrenys més febles*, però s'ha d'assenyalar que el medi familiar pot *fragilitzar* un terreny fort, que l'educació infantil pot disminuir o augmentar el llindar de resistència psíquica a les dificultats en què l'adult es trobarà i que la *predisposició* integra les dades constitucionals i les dades sociològiques. No es pot separar els elements d'una "Gestalt" en què tot és interdependent; així, les diferents parts personal, familiar i social estan en dependència mútua a fi de constituir un sol sistema d'interrelacions que s'ha de considerar sempre en la seva globalitat orgànica.

En darrer terme, tot i considerar important l'estudi de l'etiologia, especialment en relació a les polítiques preventives, cal completar-lo amb l'anàlisi del procés de desenvolupament de la malaltia, dels desencadenats, que de vegades es confonen amb la causa, i de la conformació resultant de la malaltia, ja que en la malaltia depressiva el



mateix origen pot ésser modificat positivament o negativa segons el marc relacional o social en que es desenvolupi. En aquest sentit, cal recordar l'estudi de Brown i Harris (1974) que analitza com es conforma la *vulnerabilitat* com a conjunt de factors biològics, psíquics i socials que fan possible que certs factors desencadenants operin sobre els individus.

## DEPRESSIÓ I CULTURA

La psiquiatria contemporània cerca els darrers vint anys en l'epidemiologia i en els estudis transculturals, la possibilitat de definir un coneixement fiable i universal sobre els processos psicopatològics, a partir de la mesura de la prevalença i de la incidència d'una patologia psíquica en una societat determinada, així com en la recerca dels signes i símptomes comuns dels trastorns de salut mental en les diferents societats. Aquest fenomen té antecedents en Kraepelin, a principis de segle, que va ser el primer en perfilar les línies de la psiquiatria comparativa.

Així, des d'una perspectiva psicosocial i psicodinàmica s'han realitzat ambiciosos estudis com el *Midtown, el Manhattan Study* (Srole et al, 1962), l'estudi de prevalença de *New Haven* d'Hollingshead i Redlich (1958), o la primera investigació sociològica realitzada a finals dels anys trenta a Chicago sobre la prevalença de l'esquizofrènia en diferents àrees urbanes (Faria i Dunham, 1939).

L'epidemiologia contemporània s'inscriu, així, en una llarga tradició de recerca, encara que cal fer una puntualització. Mentre el *Midtown* o el *New Haven* posava de manifest aspectes socioculturals com l'anòmia urbana, l'aïllament social, els processos de canvi en una societat fortament industrialitzada i la psicodinàmica individual en els trastorns de salut mental, en els estudis actuals es dona una major importància a les recerques sobre la freqüència dels símptomes dels signes i del pronòstic en els trastorns mentals en les diferents cultures. Això es deu a un canvi epistemològic de singular transcendència: la psiquiatria ha substituït una epidemiologia de la salut mental per una epidemiologia dels trastorns mentals (Klerman, 1986). Això es fa palès en els dissenys i els resultats

del més ambiciós *Epidemiological Catchment Area* (ECA), on s'observa com les perspectives psicosocials basades en la idea d'un procés continu entre la salut i la malaltia mental ha deixat pas a una orientació basada majoritàriament en la noció de categories nosològiques discretes com: depressió, ansietat, esquizofrènia, etc.

Així i doncs, en la dècada dels setanta es perfila un nou camp d'investigació interdisciplinari, la nova Psiquiatria Transcultural, que té el mèrit de combinar les tècniques epidemiològiques i les etnogràfiques (Kleinman, 1977). Una de les raons del seu desenvolupament és que l'interès de l'epidemiologia per tractar de delimitar signes i símptomes universals de cada grup psicopatològic ha xocat amb realitats culturals poc susceptibles de ser enquadrades en un marc igualitari; ben al contrari, els símptomes que componen els diferents grups sindròmics de les classificacions psiquiàtriques, han mostrat una gran variabilitat fenomènica i transcultural, i els pronòstics també han mostrat una gran complexitat i multifactorialitat. A partir d'aquí s'han obert línies de debat entre la Psiquiatria i l'Antropologia que han reactivat el debat sobre les clàssiques oposicions entre ambdues disciplines: a) l'antítesi entre posicions universalistes (epidemiològiques) i particularistes (etnogràfiques); b) l'oposició entre el positivisme biomèdic i el to antipositivista freqüent en l'activitat etnogràfica; c) el contrast entre tècniques merament quantitatives i aquelles altres qualitatives, o moltes vegades mixtes, que tracten de posar en pràctica l'Antropologia de la Medicina; i, per últim, el problema de la relativitat de la clínica en referència a les síndromes delimitades culturalment.

Com hem vist, la relació entre les diferents cultures i la malaltia mental queda establerta en una llarga i fructífera tradició etnopsiquiàtrica. Aquests estudis es basen, fonamentalment, en tres tipus de recerca que aborden el tema des de tres enfocaments

clarament diferenciats. Un analitza la variabilitat simptomatològica en relació a una determinada malaltia mental en diferents cultures, l'altre es refereix als aspectes de comunicació i expressió de l'experiència emocional de patiment per part de diferents cultures i, en darrer terme, l'estudi de les diferents síndromes culturalment delimitades, *Culture-bound syndrome*. Aquestes darreres síndromes que són aquelles alteracions, no totalment ben definides des del punt de vista orgànic, que apareixen en contextos culturals específics sense reproduir-se en un context diferent al que les ha originat; en concret, alguns exemples tradicionals són *el koro*, *el amok*, *el latah*, *el susto* o *el widingo*, o bé fenòmens com l'anorèxia o l'estrès en les societats industrialitzades.

## Diferències simptomatològiques

L'estudi de les diferències transculturals en la simptomatologia de la depressió té una llarga tradició; així, Emil Kraepelin, a començaments de segle, ja es va ocupar d'aquesta qüestió. En opinió d'aquest autor, que va estudiar al Sud-oest asiàtic la malaltia depressiva, aquesta apareix tant en la cultura oriental com en l'occidental; és a dir, és un fet universal. No obstant, va trobar diferències no tan sols en la incidència de la malaltia, sinó en la simptomatologia i en les formes clíniques en què aquesta es manifestava.

Des d'aleshores ençà, s'ha desenvolupat un ventall molt ampli de recerques (Roelcke, 1997) en relació a clarificar si els diferents trastorns depressius són entitats nosològiques universals o particulars. En l'actualitat, és un fet reconegut la universalitat de la patologia depressiva, si bé es creu que la semiologia depressiva varia en funció de les

diferents cultures. Els símptomes fonamentals de la síndrome depressiva: els trastorns de l'humor, el desinterès, l'alentiment psicomotriu, la pèrdua d'iniciativa, el baix rendiment, els símptomes vegetatius, la pèrdua de la gana, l'insomni i les molèsties en el cos, constitueixen un punt de partida comú de la simptomatologia transcultural universal dels estats depressius.

Per altra banda, es creu que els símptomes depressius considerats *clàssics* es manifesten influenciats per la cultura; així, el rebuig a un mateix, els sentiments de culpabilitat, les idees i els actes de suïcidi, que són freqüents en la cultura occidental, no es donen, per exemple, en les altres cultures. Recíprocament, els trastorns somàtics, les idees de possessió, d'embotiment i les diferents formes de persecució màgiques i religioses per una transgressió d'una norma es creuen més freqüents en les cultures denominades orientals.

**Taula núm. IX.- Resum dels estudis clàssics sobre la diferencia en l'expressió de la simptomatologia depressiva en les diferents cultures**

Autor	País	Síntomes
Kimura (1956)	Japó/Alemanya	Hi ha una taxa semblant de sentiments de culpabilitat en ambdues poblacions: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Japó: Els sentiments de culpa es dirigeixen a parents, ancestres i companys.</li> <li>• Alemanya: Els sentiments de culpa s'adrecen als nens i envers Déu.</li> </ul>
Leighton (1958)	Àfrica	Hi ha freqüència baixa de depressions greus i lleus. La duració és més curta. Absència de sentiments de culpa. Baixa taxa de suïcidis. Absència de simptomatologia cognitiva. Freqüència més gran de depressions emmascarades i de símptomes de confusió.
Leighton (1958)	Canadà/Nigèria	La ratio de freqüència de símptomes somàtics; ¼.
Yap (1965)	Hong Kong	Les idees de culpabilitat eren infreqüents i i de mitjana intensitat. Absència d'idees delirants de pecat.
Pfeiffer (1967, 1971)	Indonèsia/Alemanya	Entre els indonesis, hi ha una major simptomatologia somàtica; entre els alemanys, es produeix una disminució del sentiment d'autoeficàcia i augment de les tendències suïcides i dels sentiments de culpabilitat.
Kinzie (1973)	Japó Xina/ Càucàs (estudiants)	Hi ha una major taxa de depressió en dones asiàtiques que al Càucàs (per ser més introvertides serien molt més vulnerables a l'estrès).
Rao (1973)	Índia	Taxa: 9-16, 7 per mil Al sud són més freqüents les somatitzacions i els sentiments de culpabilitat.
Singer (1975)	Senegal/Etiòpia/ Sudà/ Sudàfrica	Ghana: És més freqüent l'autoculpació i l'atribució de la malaltia a la bruixeria. Sudà: sentiments de vergonya i culpa. Perfil depressiu semblant al dels països occidentals. Etiòpia: perfil depressiu semblant al dels països occidentals.
Kim (1977)	Corea/ Anglaterra/ EEUU/Índia	Sentiments de culpabilitat igualment freqüents en Coreans que en països occidentals i doblat en els hindús. ( <i>Hamilton Depression Scale</i> ).
Master (1977)	EEUU/Japó/ Txecoslovàquia / Anglaterra/Alemanya/Holanda	Sentiments orientats envers la pròpia família. Gairebé no hi ha diferències epidemiològiques significatives (criteri: puntuacions obtingudes de l'escala de Zung)
Anath (1978)	Índia	Baixíssima prevalença en dones que accepten com una cosa fatal i inalterable la seva situació personal.

Font: Polaino Lorente 1986

La identificació d'aquesta diversitat simptomatològica de la depressió, en les diferents cultures, planteja la dificultat per conceptualitzar i classificar els trastorns depressius en

les diverses cultures. En aquest sentit, des de mitjans de la dècada dels setanta, també l'OMS ha iniciat diversos projectes destinats a assolir mètodes que permetin avaluar, classificar i descriure els trastorns depressius en les diferents cultures. L'estudi epidemiològic més recent (Sartorius, 1983), des d'una perspectiva transcultural, és el *Collaborative Study of Depression*, una recerca realitzada en quatre països: Canadà (Montreal), Iran (Teherà), Japó (Tokio i Nagasaki) i Suïssa (Basilea), amb una mostra total de 573 pacients. La informació sobre depressió es va recollir segons un formulari estandarditzat per l'Avaluació Normalitzada dels Trastorns Depressius (ENTD/OMS). Ideat amb la col·laboració dels centres d'investigació i hospital psiquiàtrics, dels diferents països, tots ells havien realitzat prèviament estudis sobre depressió. Van arribar a les següents conclusions:

- a) En les diferents cultures representades en l'estudi-mostra, existeix un patró similar que estructura el trastorn depressiu en els països al voltant d'uns símptomes denominats *nuclears* (tristesa, abatiment, ansietat, tensió, manca d'energia, pèrdua d'interès, manca de capacitat de concentració i idees d'insuficiència), que es presenten de manera uniforme en els diferents nuclis estudiats.
- b) Altres símptomes que presenten variacions culturals identificades són, entre altres: 1) El sentiment de culpa que apareix en el 68% en la mostra corresponent a Suïssa i que tan sols està present en un 32% en la de l'Iran; 2) Les idees de suïcidi que també presenten una certa diversitat en la seva freqüència: 70% al Canadà enfront del 40% al Japó; 3) La somatització de la depressió que és més freqüent a l'Iran (57%) que en la mostra de Canadà (22%) i detectant-se el nivell més baix a Teherà (17%); 4) Els sentiments de culpa i autoacusació, que no es troben presents en els pacients depressius de totes les cultures, es van trobar en proporcions variables en els diversos

centres; 5) En darrer terme, el 40% van mostrar en l'avaluació *altres* símptomes, és a dir, símptomes pels quals en el formulari no s'havia previst punt de registre.

En un intent de resumir aquesta contradicció entre la depressió amb una simptomatologia universal o particular, l'OMS conclou el seu estudi amb una visió integradora que, malgrat detectar-se uns símptomes homogenis en les diferents poblacions estudiades, i que en cada una d'elles existeixen pacients amb malalties depressives funcionals que presenten antecedents i perfils simptomàtics iguals, no s'exclou l'existència de síndromes de depressió *atípiques o específiques de cultura*, la investigació de les quals exigeix una recerca de diferents procediments de detecció de casos i adaptació dels mètodes d'avaluació en les diverses cultures.

També Kleinman (1977) recolza la hipòtesi d'una visió integradora entre el punt de vista relativista i l'universal en les malalties depressives. Així, es distingeix clarament entre l'*alteració depressiva* com una alteració biològica deguda especialment a les monoamines dels neurotransmissors cerebrals, que tindria una validesa universal i la *malaltia depressiva* com l'experiència personal i social d'aquesta alteració, que seria una construcció cultural i òbviamment permeable a l'acció dels factors socioculturals i, en conseqüència, depenent d'aquests factors. Per a l'esmentat autor, qualsevol alteració està en funció de la cultura, i resulta impossible separar l'individu del context social al qual pertany.

Una altra idea que apareix en l'anàlisi d'aquests diversos estudis transculturals, que analitzen la diversitat simptomatològica dels trastorns afectius, constata el fet que la depressió en els països occidentals es caracteritza per una profunda alteració de les



funcions cognitives, mentre que en els països de cultura no occidental la simptomatologia més freqüent és la somàtica; per donar validesa a aquestes conclusions es podria afirmar que, en la mesura que l'home s'occidentalitza, es cognitivitza la seva malaltia depressiva, mentre que en la mesura que s'orientalitza la malaltia depressiva se somatitza.

Aquest concepte clàssic de la diversitat entre la somatització de la malaltia depressiva entre els *exòtics* està en contínua revisió a causa del fet que cada vegada és més difícil la distinció de la dicotomia Orient/Occident, ja que a l'Occident s'observa que en alguns aspectes hi ha una certa tendència a l'orientalització (amb la popularització de costums orientals com el ioga i la meditació) i, alhora, també pot dir-se que l'Orient s'occidentalitza (assumint tecnologia i estils de vida). Per un altre costat, cal subratllar el fet que la cultura és quelcom dinàmic i canvia de manera molt ràpida en els temps actuals. De totes maneres, aquesta distinció no permet explicar l'increment de la somatització de la depressió que s'observa en certes classes socials en les societats denominades occidentals. A més a més, s'ha de considerar que la queixa depressiva s'expressa a través del llenguatge i, per tant, aquests estudis estan lingüísticament mediatitzats, ja que es basen en la informació d'allò que la persona experimenta, i aquesta està expressada a través del llenguatge.

Des del nostre punt de vista, l'expressió somàtica i psicològica de l'experiència afectiva són continguts similars que es poden expressar amb dos tipus de llenguatge; així, encara que el contingut és el mateix, el que canvia es la forma d'expressar aquest. D'aquesta manera, una persona pot verbalitzar un sentiment de tristesa o senzillament plorar, fer-li mal el cap, presentar mal d'esquena, i expressar el seu desànim a partir de la queixa

somàtica o psíquica. Per tant, el que canviaria en cada cultura és la manera com la persona expressa les seves frustracions, ensurts, problemes personals i familiars, ja sigui aquesta expressió mitjançant el cos –i, per tant, somatitzant- ja sigui mitjançant l'expressió emocional. En concret, potser el que expressen els hispans a partir de *los nervios*, els llatinoamericans amb *el susto*, no és diferent en el seu contingut del què expressen els americans en la consulta del psiquiatre; així, encara que canvia substancialment la forma d'expressió, el contingut és el mateix.

## Validació transcultural de la depressió

Un fet constatat és que encara que la paraula depressió es trobi absent de la llengua d'algunes cultures com, per exemple, la dels indis americans, la dels nadius d'Alaska o la de diversos grups de refugiats del sud asiàtic, l'absència d'aquests referents no s'exclou en els relats de les persones d'aquestes societats. Així, Manson (1995) constata que el trastorn de depressió major -diagnosticat segons els criteris del DSM-III-R- no es correspon directament a cap de les categories indígenes de malaltia en els Hopi. Per un altre costat, Kleinman i Good (1985) afirmen que els trastorns depressius constitueixen un dels problemes psiquiàtrics més importants en les cultures europees i americanes, encara que l'esforç per comprendre i resoldre els problemes dels trastorns depressius es veu dificultat pel debat per conceptualitzar i classificar aquests trastorns en les diferents cultures.

Aquesta creixent evidència de la variació transcultural en la identificació de significats diagnòstics en relació a la depressió major i als altres trastorns de l'estat d'ànim, planteja una necessitat important de revisió de conceptes de la psiquiatria general. En una enquesta a 146 professionals de la salut de 42 països fora dels EEUU, es va revelar que al DSM-R els trastorns de l'humor, sovint associats a l'ansietat, eren percebuts com a problemàtics i necessitats de revisió per prop d'una quarta part dels professionals enquestats, expressant la necessitat de reflectir un ampli ventall d'experiència en la nosologia i la formulació del diagnòstic (Maser et al, 1990; Barret, 1997). En concret, sembla que els criteris del DSM-III-R probablement reflexen amb més fidelitat els criteris per al diagnòstic de depressió en les classes altes i mitjanes de la societat americana i europea; més enllà d'aquesta població, però, un s'ha de qüestionar el procés amb el qual el clínic obté la història de la malaltia de l'entrevistat, ja que els criteris diagnòstics del DSM són insuficients (Good, 1993).

És, en aquest sentit, que una part considerable de la investigació transcultural dels trastorns de l'humor consisteix en una anàlisi en les diferents cultures orientals d'aspectes íntimament relacionats amb la depressió, com ara l'expressió de les emocions, i entre elles l'afecte, el llenguatge en la clínica depressiva, la psicofisiologia de l'experiència depressiva i la validació dels conceptes d'autoimatge i autoestima en les cultures no occidentals. En aquest cas, nombrosos estudis han mostrat el ric i variat lèxic de l'emoció en les cultures no occidentals. En concret, l'emoció és vista com un sistema de comportament social que té un component estructural extern a la personalitat i localitzat en un camp social, no necessàriament en el jo interior. Els afectes s'organitzen mitjançant regles culturals d'expressió i legitimació, comunicant missatges

culturals, socialment esperats, i fins i tot demanats com a part d'una participació apropiada en determinades situacions.

Per tal d'il·lustrar aquests aspectes, Shweder (1984) va realitzar un treball etnogràfic amb els Kaluli a Nova Guinea, en el qual va utilitzar el concepte d'*ethnos* -una manera cultural d'expressar l'emoció- que, al seu torn, genera un model d'expressió d'aquesta experiència emocional. Segons aquest autor, el valor cultural d'una reciprocitat equilibrada i una estructura social igualitària es mostra en els Kaluli tant per la seva conducta emocional com per la seva economia; constata, al mateix temps, com aquest sistema local d'emocions funciona per descriure com els Kaluli manegen les seves reaccions de dol o pena, a la vegada que mostra com aquests rituals de privació constitueixen una forma d'expressar l'afectivitat amb totes les seves variants, des del dolor i la pena, fins a l'odi i la ràbia.

En aquests rituals es permet comunicar i expressar l'experiència d'aflicció, de tal manera que la persona afligida se sent recolzada i compensada de la seva pèrdua. Els Kalulis -que no reconeixen la depressió o més bé no tenen una etiqueta per a anomenar-la-, tenen un ritual per a curar el patiment que fa que no pateixin gaire i, per tant, no experimentin una depressió perllongada. Així, l'autor tan sols va identificar, durant els anys de l'estudi, un cas de simptomatologia depressiva en tots els pobles que ell va treballar.

Per un altre costat, cal no oblidar el fet que en la clínica, l'expressió del patiment està mediatitzada necessàriament pel llenguatge, la qual cosa significa que són necessaris processos de traducció, amb tots els problemes que això comporta d'indeterminació del

significat del llenguatge humà, per tal d'establir l'equivalència de la depressió en les diferents cultures. Pensem, per exemple, que encara que una persona sigui bilingüe, si se li pregunta quina és la paraula o frase per A en el llenguatge de B, i a una altra persona que parla també les dues llengües se li pregunta quina és la paraula o frase de B per al llenguatge de A, poques vegades els resultats que s'obtindran seran unívocs. Així, en la depressió el terme *culpabilitat*, que sovint es troba en l'experiència depressiva occidental de la depressió major, pot ser un element important en relació a la idea judeo-cristiana de culpa, encara que difícilment pot ser conceptualitzat de la mateixa manera i pot ser traduït el seu significat directament a la llengua Hopi.

Per altra banda, la cultura, a més de remarcar de manera diferencial les emocions particulars, també assigna atribucions úniques a la intensitat de l'experiència, així com en la variabilitat en l'expressió d'aquestes emocions; aquest fet és important en el cas de la depressió que ve determinada, no tant per la novetat en l'experiència del patiment, sinó pel grau d'intensitat d'aquests sentiments comparant-los amb altres situacions viscudes anteriorment per la mateixa persona. Per exemple, Manson (1995) fa referència al relat de l'experiència depressiva dels refugiats vietnamites que distingeixen diferents graus de duració i freqüència dels seus sentiments, mitjançant uns matisos que difícilment es poden traduir a la llengua anglesa.

Nogensmenys, l'expressió de l'emoció també varia en relació al context cultural en el qual aquesta experiència es comunica. Les persones sovint informen selectivament dels elements que ells *a priori* creuen que són rellevants des del punt de vista situacional. En concret, les revelacions d'estats físics i psicològics varien tant en la seva forma com en el contingut, depenent dels rols culturalment establerts entre el pacient i el metge, el

marit i l'esposa, el pare i el fill, l'home i la dona. És a dir, les diferències en les regles de manifestació de les emocions en cultures no occidentals poden xocar amb altres criteris rellevants en l'assignació del diagnòstic. Per il·lustrar aquest aspecte en referència a l'experiència clínica en el tractament de la depressió, Oquendo (1992) assenyala el cas d'un senyor indi que, després d'explicar àmpliament els trastorns somàtics de la depressió: pèrdua de pes, dificultats per dormir, dolors en tot el cos, cansanci, etc. i que calla en preguntar-li sobre els seus sentiments depressius, explica -davant la insistència del psiquiatre- en un moment de l'entrevista:

*Sap, les meves ovelles no es troben massa bé últimament, la seva llana està trencada, desfilagada, s'estan aprimant totes i estan com a descol·locades, no van ramat, fins i tot en el ramat s'obliden de cuidar al més petit (Oquendo, 1992).*

La referència a les seves ovelles és, per a aquest pacient, una forma culturalment acceptada per expressar metafòricament la naturalesa de la seva experiència de patiment, permetent-li expressar l'afecte negatiu, els errors en la seva conducta, les faltes en el seu paper social i els canvis experimentats en els últims tres mesos sense una atribució directa ni a ell mateix ni als altres, la qual cosa seria interpretat negativament en la seva cultura.

En aquest cas també es pot observar com el concepte *d'autoimatge i d'autoestima*, fortament lligat a la depressió en diferents cultures, varia entorn a un continu entre les societats dominades per valors egocèntrics i les dominades per valors sociocèntrics. Així, des de fa temps, en les societats occidentals es veu la persona com a ésser individual i autòcton, en canvi en les tradicions culturals no occidentals es té en compte el concepte de persona en termes relacionals i com a part d'un col·lectiu interdependent,

definit pel parentiu i pel mite, la qual cosa fa que l'emoció que provoca la distorsió en l'autoconcepte (autoimatge i autoestima) estigui relacionada en aquestes cultures amb la dificultat de realitzar el rol social. Aquest aspecte explicaria la variabilitat en els processos intersubjectius del patiment en les diverses comunitats, i a la vegada com les formes col·lectives de l'experiència conformen les percepcions individuals.

Un altre aspecte que es planteja en el cas dels estudis transculturals de la depressió fa referència a la etnofisiologia d'experiència somàtica. Considerant que el diagnòstic de depressió major depèn de la presència de problemes somàtics tals com la pèrdua o l'augment de pes no voluntari, trastorns del son, fatiga, respostes de por exagerades, encara que aquestes siguin més fàcilment observables que les que fan referència als aspectes emocionals, també són fàcilment mediatitzades per les diferents convencions socials i culturals.

És un fet reconegut en la literatura mèdica que la forma de descriure el dolor varia molt d'una població a l'altra. Els distrès somàtic pot ser, doncs, expressat de diferents maneres que no consten en el DSM; així, per exemple, les observacions de Ebigo, (1982) de l'expressió d'alguns símptomes depressius com la *sensació de portar una boina al cap*, la *d'arrossegar-se com els cucs i les formigues* o la *sensació de traspasar els ossos per tot el cos*, entre els pacients de Nigèria o la descripció de Jenkis (1998), el qual inclou el terme de *nervios* entre els americans mexicans que es manifesten per la sensació de *mal de cervell* o *el cervell està a punt d'explotar*. De totes maneres, en altres cultures, l'absència de símptomes somàtics, que hom esperava trobar en la clínica de la depressió, no pressuposa l'absència de la malaltia depressiva, ja que aquests símptomes no són absolutament informatius en totes les cultures (Canino, 1997).

D'altra banda, els aconteixements vitals, *life events*, com a elements socials que poden ser quantificats dins del risc de patir una malaltia depressiva, no poden en cap cas entendre's com independents del context cultural en què es produeixen. Un exemple relacionat amb la depressió estaria en les diferències culturals que es produeixen en la valoració i significat de la pèrdua i el *dol*. Tanmateix, els canvis que es produeixen en el context social, canvis per una altra part molt accelerats en els últims anys, comporten necessàriament modificacions molt importants en els sistemes referencials a partir dels quals els aconteixements vitals s'impregnen d'una significació concreta. Pensem, per exemple, en el concepte de *desarrelament*; així, fa unes dècades marxar d'un lloc suposava un canvi essencial, i podia repercutir en la salut de la persona, a diferència de l'actualitat en què aquest concepte ha canviat, augmentant considerablement el viure en hàbitats transitoris.

## Síndromes delimitades culturalment

El DSM-IV, en un intent de compensar les deficiències que s'havien constatat en relació a la validació dels diferents criteris nosològics en les diferents cultures, inclou una guia per a la formulació cultural de les diferents síndromes psicopatològiques, així com un glossari de síndromes dependents de la cultura i la seva possible relació amb alguna de les categories diagnòstiques contemplades en el manual. En aquest cas, inclou alguns dels patrons que són considerats com a malaltia o com a causa de patiment, i que són coneguts amb noms locals amb una similitud de simptomatologia en relació a la malaltia. Així, per exemple, a Llatinoamèrica la paraula *susto* pot, en moltes circumstàncies, tenir el significat d'una manifestació depressiva (Cimminelli, 1997).



En concret, Rubel i cols (1989) en el seu estudi sobre aquesta comunitat, va descriure que el *susto* significa *pèrdua de l'ànima* i les seves manifestacions simptomatològiques poden tenir una semblança amb la depressió. Entre els hispans s'afirma que aquests somatitzen més que la gent d'altres cultures als Estats Units i que la somatització constitueix un poderós mecanisme d'afrontament de les dificultats psicosocials. En aquest sentit, els *nervios* i el *ataque de nervios*, síndromes que inclouen maldecap, problemes d'estómac, trastorn del son, incapacitat per a concentrar-se i tremolors, estan fortament associades a l'expressió de la depressió entre la cultura dels hispans (Hulme, 1996). També el terme *d'esgotament mental* a l'oest d'Àfrica per a referir-se a una síndrome que presenten els estudiants com a resposta al distrès ocasionat pels estudis universitaris i que inclou símptomes com trastorns de concentració de la memòria i dels pensaments o *fatiga derivada de pensar massa*, té una similitud simptomatològica als diferents quadres depressius. De totes maneres, l'intent d'incloure i descriure les síndromes delimitades culturalment en el DSM-IV no ha respectat el rol de les diferents cultures, sinó que s'ha fet des d'una perspectiva etnocentrista i, en molts casos, ambigua.

Tanmateix, ens sembla molt interessant el raonament de Hughes (1998) quan diu que si es tenen en compte aquests símptomes més *exòtics* en el DSM-IV també haurien de ser considerats, en la societat occidental industrialitzada, com a genèrics de la cultura problemes com ara l'obesitat o els seus contraris, l'anorèxia i la bulímia, o d'altres com els desordres en els adolescents, la tensió premenstrual o la personalitat del tipus A, fomentant un pensament més dinàmic i respectant el rol de la cultura en qualsevol societat i no tant sols en les societats orientals.

## DEPRESSIÓ I SOCIETAT

Per definició, tota concepció del món busca explicar esdeveniments. Cadascun d'aquests fets és integrat per una cadena de causes i efectes coherents en un tot teòric, basats en una lògica indissociable de les relacions socials i de les representacions de la societat que construeix la hipòtesi explicativa. D'aquesta lògica en procedeix tant la percepció del cos com la definició d'allò que és social. En aquest marc, la malaltia es representa com un aconteixement social; patir una malaltia, pensar-la, és situar-se en relació als altres membres de la societat de la qual forma part el malalt. Un enunciat explicatiu es relaciona sempre amb el context social que l'origina i qualsevol situació anormal, patològica, sols es pot entendre com a tal per ser part integrant d'aquest context (Bourdieu, 1980; Devillard et al, 1991).

La malaltia és socialment codificada, funcionant com un significant social, ja que és objecte d'una interpretació col·lectiva implicada en el mitjà humà que la viu i que la teoritza. La salut i la malaltia són conceptes relatius al llarg de la història, i han estat definits per la societat de formes molts diferents d'acord amb les variables socials, culturals, econòmiques i polítiques del moment. Entendre el patiment psíquic prescindint de la societat no té cap sentit teòric i es converteix en un carrer sense sortida en la pràctica diària (Bartoli, 1986).

En el 1948, W. H. Auden va publicar un llarg poema *L'era de la angouxa*, que va donar nom a una època caracteritzada per una profunda crisi en les idees que els homes tenen de si mateixos i de la naturalesa. L'expressió més palpable d'aquesta crisi va ser

conseqüència de la devastació física i moral en què es va trobar el món en acabar-se la Segona Guerra Mundial; així, es va produir un fort increment de la intervenció de l'Estat en la vida social, com a conseqüència dels models econòmics proposats per Keynes i els seus deixebles, i que s'ajusten a un període de creixement econòmic en els països occidentals. Les despeses dels diferents estats van créixer de manera significativa entorn a las polítiques de benestar social (Comelles, 1988).

Des de la caiguda del mur de Berlín, vivim immersos en allò que es podria denominar l'era de la depressió. Què ha passat en un espai tan curt de temps?. Sens dubte hi han hagut canvis molt profunds i difícils d'analitzar, per la seva proximitat, que han tingut grans repercussions familiars, socials i assistencials. En la realitat actual, ens trobem davant el fet paradoxal que s'ha produït un gran avenç científic i tecnològic, fet que podria ajudar-nos a entrar al segle XXI sense masses problemes. Malgrat això, aquests canvis tenen repercussions sobre la salut produint transformacions demogràfiques que comporten l'allargament de l'esperança de vida amb el consegüent increment de la morbiditat, alhora que faciliten l'aparició de nous problemes mentals, discapacitats, problemes d'exclusió social, que cal abordar en un escenari polític i econòmic de contenció de despeses, posant-se en evidència la crisi de la societat del benestar.

## Depressió i medicalització de la vida quotidiana

Des de principis del segle XX, s'inicia a Europa i Nord-amèrica un seguit d'experiències facilitades per l'impacte de la psicoanàlisi i pel desenvolupament de l'epidemiologia psiquiàtrica, que suposen l'ampliació dels serveis psiquiàtrics a problemes comportamentals de la vida quotidiana; d'aquesta manera, s'introdueixen en la

consideració de malaltia mental una sèrie de trastorns producte de la societat industrialitzada, que constitueixen un camp mal delimitat que uns anomenen *malalties dels nervis* i altres *desordres psicològics*, els límits dels quals en relació a la salut són imprecisos, i que són concebuts com a conseqüència inevitable de la vida moderna (Comelles, 1988).

Són aquests trastorns i el seu model de gestió, els responsables de l'aparició d'un conjunt complex de dispositius d'atenció en el nivell primari que han modificat substancialment no tan sols els processos assistencials de les persones que els pateixen, sinó també els procediments de detecció i classificació dels mateixos pacients, dels seus familiars o de la seva xarxa social. Això ha provocat un enorme consum de serveis psiquiàtrics, de teràpies psicològiques i de substàncies psicòtrops (Castel et al, 1980).

El desenvolupament de la psiquiatria actual, que té lloc des de finals dels anys setanta, lligada al desenvolupament dels neurolèptics, antidepressius i tranquil·litzants, així com a la implantació de tècniques cognitives-conductuals, indica un progressiu canvi d'òptica que s'ajusta a les polítiques neoliberals de contenció de les despeses sanitàries, i suposa la liquidació d'un cicle històric en matèria d'assistència psiquiàtrica i de la concepció del paper de la bogeria i del psiquiatre, orientant-la novament cap a l'objectivisme mèdic i el positivisme científic (Castel et al, 1980; Comelles, 1988). Enfront un model de gestió basat en criteris de suport, es fomenta un model de relació més intervencionista i medicalitzat, amb una participació de la tecnologia en el diagnòstic i en la terapèutica, tècniques que mesurades en termes de costos reals resulten més econòmiques que els models comunitaris d'atenció.

La queixa depressiva s'ha *medicalitzat* i ha passat a ser una preocupació de metges generals i no tan sols de psiquiatres. Aquest fet es pot observar en l'atenció pública en el nivell primari de salut, en el qual els metges generalistes o de família no arriben a veure malalts *-de fet no tenen temps-* sinó que dediquen una part molt important de la seva jornada a elaborar *partes de baixa o d'alta* de l'Institut Català de la Salut o de la Seguretat Social, *volants de consulta als especialistes*, continuació de tractament farmacològics o veuen malalts als quals no se'ls *endevina* què tenen, o persones que se senten infelices<sup>18</sup>.

Els metges generalistes, els neuròlegs i els altres especialistes d'atenció primària de salut sovint es queixen que els seus pacients no són *malalts de veritat*, ja que per moltes proves que els realitzin no troben una justificació orgànica per al seu patiment, la qual cosa genera frustració en una època tan avançada tecnològicament com l'actual. En el fons, la infelicitat social, familiar o individual pot ser expressada a partir d'un procés de malaltia, i aquesta seria la raó per la qual moltes persones van al metge, encara que aquests poden fer molt poc per a solucionar aquestes insatisfaccions. L'esmentada problemàtica queda palesa en el cas de la dificultat d'identificació i de tractament de moltes formes de depressió en les quals la variabilitat de la simptomatologia física presentada és evident (Watts, 1985; López-Ibor, 1976).

Per als professionals d'atenció primària, tot allò que concerneix a la salut i a la malaltia mental, presentada en forma de queixes somàtiques sense causa orgànica, esdevé una assignatura pendent de la qual no es pot prescindir, però amb la qual sovint no saben

---

<sup>18</sup> En el cas del Centre d'Atenció Primària objecte d'estudi, segons els professionals, aquesta proporció podia superar el 80% de les persones ateses en un dia.

què fer. La medicalització del concepte de patiment psíquic estableix un monopoli de saber que sovint no es correspon amb l'acceptada multideterminació del fenomen de la salut mental. A més, al voltant del *sofriment* s'ha construït una diversitat de coneixements, formes de control i intervenció molt difícils d'articular en la pràctica diària, a causa de la manca de temps i de possibilitats; tot plegat fa que, habitualment, aquests aspectes sols siguin tractats a nivell superficial en la consulta entre el professional i el pacient, comptant amb la intuïció i la bona fe, més que amb un procediment metòdic. Un dels problemes més difícils de resoldre a l'hora d'abordar aquests problemes és que no es pot treballar amb aquests trastorns afectius des d'una aproximació teòrica tradicional, basada en una òptica biologista i hospitalcentrista, predominants en l'experiència de la majoria dels professionals de la salut<sup>19</sup>.

Per altra banda, una dificultat comuna en l'atenció del malalt depressiu que plantegen els professionals de la salut gira entorn a la dificultat de canviar la conducta humana. S'entén que per a tractar la depressió s'han de modificar conductes, formes de plantejar-se la vida, pautes de relació, de seguretat, de manera de pensar, de consum de medicaments. Sovint el professional s'ha d'enfrontar amb el fet que les conductes són difícils de canviar a pesar de la bona voluntat dels professionals i dels molts recursos esmerçats. Davant d'aquest fracàs, es reacciona sovint responsabilitzant les persones o les famílies de no voler canviar, sense tenir en compte que no tothom té les mateixes motivacions, coneixements, necessitats, ni en molts casos la capacitat d'elecció, donat que existeixen situacions personals, econòmiques, socials i familiars molt diverses.

---

<sup>19</sup> Aquest model mèdic més biologista ha donat lloc a algun tipus de trastorn com l'alcoholisme, la depressió i les toxicomanies, al desenvolupament de tècniques d'autoajut i de comunitat terapèutica, portades per no professionals (Menéndez, 1985).

Tot això sembla apuntar la necessitat de dur a terme més investigacions sobre com es transforma la conducta humana, així com realitzar una major quantitat d'investigació ètica i filosòfica del perquè s'han de canviar aquests hàbits de manera que es faciliti la convivència i la tolerància per comptes de la marginació.

Aquestes teories expressades per diferents sociòlegs i antropòlegs (de Miguel, 1978; Menéndez, 1985; Comelles, 1985; Rodríguez et al, 1990) es poden aplicar amb molt més èmfasi en el camp de la malaltia depressiva on sovint una visió mecanicista pot únicament identificar la causa dels problemes en la persona i no en l'entorn exterior. Així, en aquest moment es tendeix a desocialitzar i despolititzar els problemes de salut mental i, de vegades, s'observa una certa tendència a culpabilitzar la persona per la seva forma de viure o els seus hàbits de salut (*blaming the victim*). És a dir, es responsabilitza la persona que pateix la malaltia, argumentant que el pacient o la seva família no tenen ni l'educació ni la cultura adequada que els permeti canviar el seu estil de vida<sup>20</sup>.

Potser en el futur, la societat accepti un percentatge d'anormalitat sense tractar d'emmalaltir aquestes persones. Es podria dir que en la societat contemporània la malaltia s'està convertint en una espècie de forma de viure. La malaltia es converteix en un negoci basat en el patiment humà. Les raons per les quals cal fer un replantejament en el tema de la medicalització és doble: Primer, perquè la *medicalització* costa molt a la societat, no sols des del punt de vista econòmic sinó també iatrogènic<sup>21</sup>. En concret, s'explica que el consum de tranquil·lizants, sedants i medicaments antidepressius creix

---

<sup>20</sup> En el sector sanitari espanyol hi ha la tendència a pensar que la població, en general, és inadequada, dèbil, irresponsable, sense coneixements, inculta i desinformada; essent l'educació sanitària millor de la que els propis experts s'entossudeixen en demostrar, però havent-hi una dificultat en el llenguatge entre la persona tractada i el professional que no s'aborda i que dificulta la comunicació.

sense parar en moltes societats occidentals. Néixer, patir i morir s'estan medicalitzant i, donat que són parts del procés vital de tots els éssers humans, està esdevenint un bon negoci. Segon, perquè la desviació o etiquetatge d'aquestes persones produeix de fet una *desviació secundària*<sup>22</sup> i en molts casos s'observa una desviació social. El procés de desviació pot ser considerat com una mesura de control del grup i alhora de la integració de l'individu a la societat en la que viu. És, en el fons, un procés d'institucionalització de conductes mal ajustades pel qual, en general, una persona és considerada com a *malalta* quan se li fa impossible a ella mateixa superar les seves dificultats. La teoria de la desviació social considera que alguns problemes mentals són *normals* i fins i tot constants en les societats. D'aquest perill de la medicalització, del patiment en les societats industrialitzades ja en feia referència Friedmann en una carta a Illich:

*Cuando la civilización médica cosmopolita coloniza cualquier cultura tradicional, transforma la experiencia del dolor. La civilización médica tiende a convertir el dolor en un problema técnico y, por este medio, a privar al sufrimiento de su significado personal intrínseco. La gente desaprende a aceptar el sufrimiento como parte inevitable de su enfrentamiento consciente con la realidad y llega a interpretar cada dolor como un indicador de su necesidad para la intervención de la ciencia aplicada. La cultura afronta el dolor, la anormalidad y la muerte interpretándolos; la civilización médica los convierte en problemas que pueden resolverse suprimiéndolos. Las culturas son sistemas de significados, la civilización cosmopolita un sistema de técnicas; la cultura hace tolerable el dolor integrándolo dentro de un sistema*

<sup>21</sup> En l'atenció primària l'ús de tranquil·litzants i antidepressius s'ha multiplicat per tres en els darrers anys, arribant a un nivell molt elevat de dependència respecte als tranquil·litzants, especialment en les dones.

<sup>22</sup> Aquest aspecte fa referència a la *labeling theory*, model sociològic crític de la relació entre els malalts, els metges i la societat referents als suposats malalts mentals. Les institucions encarregades de la curació i tractament dels malalts mentals es transformen en agències de control social de la persona amb problemes, no necessàriament malalts mentals, especialment de classe baixa. En l'exercici d'aquest control s'utilitzen els mitjans d'adjudicar *etiquetes* als que han de ser controlats, la qual cosa sol generar una desviació secundària que efectivament tendeix a crear malalts dels suposats malalts. En el fons aquesta teoria ha cristal·litzat en un model crític de diferents teories sobre les malalties socials en la societat actual (De Miguel, 1985).



*significativo, la civilización cosmopolita aparta el dolor de todo contexto subjetivo o intersubjetivo a fin de aniquilarlo (Illich, 1965).*

És evident que en totes les èpoques una part significativa del sofriment, de l'angoixa, de la inseguretat i de la insatisfacció de les persones és l'expressió de les dificultats de la forma de viure. Aquest patiment no és viscut, com en èpoques anteriors, com un dolor natural o metafísic sinó que és vist com un mal generat per la societat i, així, en una societat altament tecnificada on cada mal ha de tenir un remei, es tracta d' impedir que les persones puguin expressar la seva queixa i les seves pròpies insatisfaccions a la societat que les genera. El sistema social sovint respon distribuint *matapatiments* especialitzats, i així un sentiment que podia ser comprès com una manifestació d'adaptació a les diverses situacions de la vida, es converteix a partir de la seva manifestació somàtica o psíquica en una demanda de més drogues, més hospitals o més serveis mèdics especialitzats, qualsevol que sigui el seu cost humà, social o econòmic. De totes maneres, en el cas de la queixa depressiva ens hem de preguntar si una pastilla màgica pot amortir aquestes sensacions d'insatisfacció, d'inadequació, de frustració?. Evidentment, en la majoria dels casos, no. Les pastilles poden, com a molt, reduir la simptomatologia, però no afrontar la malaltia com un procés d'adaptació a les situacions vivencials, sigui perquè alguns esdeveniments són altament estressants o perquè algunes persones són més vulnerables.

El sofriment s'està convertint actualment en un assumpte polític que genera una demanda creixent per part dels consumidors d'anestèsia per tal d'obtenir, de manera artificial, insensibilitat, moltes vegades desconeixement i una certa inconsciència. Pel contrari, en altres temps, el sofriment era una experiència que s'havia d'afrontar i patir i

la funció social era la d'acompanyar i escoltar quan aquests sentiments es feien intolerables. El deure, l'amor, les pràctiques rutinàries, l'oració i la compassió són alguns del medis mitjançant els quals es troba sentit a la vivència del malestar i la insatisfacció que es genera inevitablement en totes les relacions en els diferents àmbits familiars, laborals i socials. Així, s'atribuïa al patiment i a la insatisfacció el valor d'eines que donaven sentit a la pròpia experiència.

A més a més, el món de la tècnica elimina altres valors com l'afectivitat, la irracionalitat, el món concebut com a "subjectivitat" i podem veure en relació a la depressió la resistència d'allò que és afectiu, el que és mític, el que és subjectiu en relació al sistema dominant. Això explicaria per què es deprimien menys les persones d'altres generacions on les condicions econòmiques, socials, familiars i laborals podien ser molt més dures en termes generals que les actuals.

La tolerància envers les conductes, pensaments i emocions simptomatològiques està determinada per la representació social del què és la malaltia. La representació social dominant de la malaltia mental és *conductual*, de ruptura de normes; d'això es pot deduir que comportaments *estranyos*, *rars* seran fàcilment designats com a malaltia mental<sup>23</sup>. No obstant, en la majoria de casos de depressió, els símptomes no són tan estranyos i per tant seran les representacions socials i les expectatives del grup primari,

---

<sup>23</sup> Els professionals de l'atenció primària distingeixen molt clarament els casos on el malalt és *portat* amb una simptomatologia identificada pel seu entorn corresponent a una depressió major i aleshores és tractat o derivat ràpidament a l'atenció especialitzada. El problema en la identificació del trastorn de l'estat d'ànim correspon en el 90% dels casos a queixes molt més inespecífiques. En aquests casos, prèviament a la identificació del trastorn depressiu, el pacient és derivat a multitud d'especialistes i sovint se li realitzen un seguit de proves diagnòstiques per tal de descartar una focalitat orgànica.

com pot ser la família, o del grup secundari, com pot ser l'entorn social, els que atorgaran un sentit als símptomes.

Així doncs, els factors socials esdevenen un element clau en la iniciació de la malaltia i en la recerca de tractament i suport. Malgrat tot, del sol fet que es reconegui l'existència d'uns símptomes, no es dedueix que la persona es consideri a sí mateixa malalta. Els elements que fan que una persona depressiva s'autoanomeni malalta són la presència dels símptomes associats a esdeveniments negatius de la vida que produeixen estrès, una crisi d'identitat i, a més a més, que la pressió del grup el designi com a malalt. Tot això en el cas de la depressió, està associat a la percepció cognitiva per part de la persona de la seva impotència i de la seva incapacitat per a controlar el medi. Són aquestes les característiques que, unides a la legitimació per part dels tècnics, condueixen a la persona a considerar-se a sí mateixa com a malalta.

Les persones no es limiten a sentir la depressió o a pensar coses depressives, sinó que a més tenen una sèrie d'idees normatives al voltant de la depressió que s'aprenen en el context social. Els depressius no tan sols pensen amb les seves idees depressives, sinó que aquestes es reflecteixen sobre els seus pensaments. Les conductes patològiques i la recerca d'ajut estan influenciades per diferents tipus de repertoris conductuals i de reaccions possibles davant d'aquests pensaments. Així, en funció d'aquestes reaccions s'obtindrà una resposta o altra per part de la persona, que va des de la consulta a un professional a la ingestió d'una sobredosi i s'obtindrà o no l'acompliment de les prescripcions mèdiques. Actituds de tipus social també influeixen en els metges a l'hora de determinar quin tipus de persona serà etiquetada com a *depressiva*, observant-se una

major tendència a derivar al psiquiatre les persones de classe baixa i al neuròleg les de classe mitjana.

Per un altre costat, és curiós ressenyar que l'aparició de noves drogues antidepressives es correspon en totes les èpoques a un augment en el nombre de diagnòstics de depressió. L'evolució en els tractaments antidepressius ha fet que la societat (tant pacients com professionals) acceptessin el diagnòstic de depressió més fàcilment que altres trastorns de salut mental, com podrien ser les crisis histèriques en l'època de Charcot, diagnòstic molt freqüent entre la població femenina i que actualment genera menys demanda d'atenció. La depressió s'ha convertit en una forma adaptada d'emmalaltir psíquicament i els trastorns de l'estat d'ànim formen part ja de la vida quotidiana i no escandalitzen a ningú. Una mostra de l'acceptació de la depressió és que fa menys de vint anys aquest terme era un cultisme i, en canvi, avui, el terme *depre* s'ha incorporat al llenguatge comú.

També el procés de medicalització de la depressió i la seva relació amb els professionals d'atenció primària ha fet que els professionals de la salut mental fossin més coneguts i acceptats per la població general, alhora que s'observa per part dels diferents corrents psiquiàtrics un retorn al model més biologista de la malaltia, cedint terreny, almenys en allò que fa referència al sector públic, als aspectes més psicoterapèutics. La causa pot ser, bàsicament, un major desenvolupament dels tractaments antidepressius, l'augment de la quantitat de clients i el finançament per part de les institucions per acte mèdic. A més, els trastorns de l'estat d'ànim han col·laborat a l'accés als Centres de Salut Mental per part de pacients de la classe social mitjana en detriment de les classes socials més baixes.

## El poder de la queixa

Amb esperit crític Robert Hughes (1994) parla del poder de la queixa en el context de la societat americana. En l'època postmoderna, la queixa dóna poder, encara que aquest no vagi mes enllà del suborn emocional o de la creació d'un cert grau de culpabilitat social; pel contrari, es constata que mostrar-se fort pot causar problemes:

*De esta y muchas otras maneras acabamos por crear una infantilizada cultura de la queja, en la que mamita siempre tiene la culpa y en la que la expansión de los derechos se realiza sin la contrapartida de la otra mitad de lo que constituye la condición de ciudadano, la aceptación de los deberes y obligaciones. Ser infantil es una manera regresiva de enfrentarse a la tensión de la cultura social: No la toméis conmigo, soy vulnerable. Se pone énfasis en lo subjetivo: Como nos sentimos ante las cosas es más importante que lo que pensamos y sabemos de ellas: Los problemas de este giro hacia adentro ya los esbozó hace mucho tiempo Goethe: "las épocas regresivas y en proceso de disolución son siempre subjetivas, mientras que en las épocas progresivas se impulsa lo objetivo". Cada logro realmente válido sale desde dentro hacia el mundo, como puede verse en las grandes épocas en que fueron sinceras en el progreso y las aspiraciones, todas las cuales fueron de naturaleza objetiva (Hughes, 1994).*

Mostrar-se com a víctima, en la societat postmoderna, pot estar de moda; ser vulnerable pot premiar-se i fer a moltes persones invencibles. L'omnipresent recurs al victimisme comporta la tan preuada cultura de la terapèutica, que és cada vegada més freqüent en el nostre entorn, especialment entre les classes mitjanes i altes. La felicitat no ha tingut ni té bona literatura ni bona premsa, l'objectiu periodístic bàsic és que les bones notícies no són notícia i que es tracta de destacar el conflicte quan la realitat és que una de cada nou persones viuen amb normalitat.

Aquest punt de vista es correspon amb els resultats obtinguts en l'estudi sociològic sobre els sistemes de valors en l'Espanya dels 90 (Orizo, 1996), on es constata un augment en els darrers anys dels models afectius i emocionals, així com el creixent valor del sentiment en la nostra societat com una projecció de la persona i que constitueix una lògica conseqüència del procés d'individualització. Això explica l'interès creixent en els *mass media* de culebrons, programes-confessionaris, *reality show*, novel·les roses i programes d'amor i de sentiment, on les penes i desgràcies són explicades als demés amb tot luxe de detalls com una forma de redempció. Fins i tot, la cultura de consum, tal i com ha sorgit a Espanya, accentua els somnis i els plaers emocionals, els aspectes immaterials i simbòlics, potser només com un mecanisme de defensa i consol envers una situació de crisi generalitzada. Aquesta similitud amb la societat americana pot indicar que, en alguns aspectes, la societat espanyola s'estigui convertint en postmoderna sense haver completat les etapes del procés de modernització.

D'altra banda, s'observa en el llenguatge un interès per disfressar la realitat social creant una espècie de *Lourdes lingüístic* on el mal i la desgràcia desapareixen en les aigües de l'eufemisme; de totes maneres, un no pot menys que preguntar-se si no és una manera d'amagar-se rera d'un llenguatge políticament correcte, però que no canvia les coses, ben al contrari les complica. En aquest context ens podem preguntar: Són els vells més acceptats en la societat actual pel fet de denominar-los persones d'edat i no vells?, l'homosexual suposa que els demés l'estimen més o l'odien menys pel fet de denominar-se *gay*, una paraula rescatada de l'argot criminal del segle XVIII que implica prostitució i viure *del cuento*? Al mateix temps que el llenguatge s'inflama fins a límits grotescos en l'atac, es redueix en l'aprovació. Es busquen paraules que no siguin

susceptibles de provocar la menor ofensa. No es *fracassa*, sinó que *no s'aconsegueixen els objectius*. No s'és *yonqui*, sinó que *s'abusa de certes substàncies*; no s'és *subnormal*, sinó *disminuït psíquic*; obesos i no *grassos*. Malgrat doncs que a la desigualtat se li canviï el nom amb l'esperança que així desaparegui, es marquen més persones com a diferents alhora que es persegueix la diferència.

Si aquestes *filigranes* en el llenguatge comportessin que la gent es tractés amb més respecte i consideració se li podria trobar una justificació, però no és veritat, el canvi de nom no altera l'actitud de les persones. Les situacions no es canvien pel sol fet de buscar una paraula més nova o més bonica per denominar-la. Així, doncs, es tranquil·litzen les consciències però cada vegada més, la societat és més intolerant amb les diferències<sup>24</sup>.

Sens dubte el procés d'individualització continua afirmant-se amb força en la nostra societat. D'aquest fet sociològic, se'n deriven aspectes positius com l'augment en les aspiracions orientades envers la llibertat personal, l'autoexpressió, l'autorealització, la creativitat com a valors fortament arrelats, però l'altra cara de la moneda de l'individualisme és l'egoisme, l'hedonisme i el distançament en les relacions socials. A més a més, aquestes conseqüències en el procés d'individualització de la societat es fan evidents en tots els grups d'edat i poden facilitar el procés depressiu.

---

<sup>24</sup> Si bé s'observa un major esforç d'integració dels aspectes interculturals i un interès per tot allò que és *exòtic*, cada vegada en relació a la societat és creen més dificultats d'integració; així, per exemple, es persegueix al que fuma, el que no té uns canons estètics, el que no parla o vesteix d'una manera determinada, etc...

Segons l'estudi del Centro de Investigaciones Sociológicas (Orizo,1996), sobre els valors en l'Espanya dels 90, el procés d'individualització ha repercutit de manera diferent en els joves i en els adults, ja que els canvis socials es produeixen quan els adults ja estan socialitzats, mentre que els altres estan en el procés de socialització. L'esmentat estudi constata, a més a més, que els sentiments de desconfiança i culpa mostren una major intensitat en les generacions joves. Els joves estan reflectint una situació d'atur, de crisi personal i de manca de fites per assolir, cosa que és una conseqüència del temps que els ha tocat viure o *efecte període*. La crisi socioeconòmica els ha provocat una reacció d'interiorització i retraïment, elements favorables perquè s'infiltrin aquests sentiments de desconfiança, de suspicàcia, de culpa, entre el natural optimisme juvenil en el context d'una vida que controlen menys que l'adult. Tot plegat, doncs, podria explicar l'augment de la depressió en els joves.

A més a més, coneixem el fet que nombroses investigacions han demostrat que la felicitat està relacionada amb el suport social i la qualitat i quantitat de les relacions socials (Gracia et al, 1995; Requena, 1996). Si a més considerem que el grau de felicitat expressat pels individus representa un cert estat subjectiu de benestar, sinó material almenys emocional, i que l'entorn interpersonal influeix en ambdós, aleshores es pot deduir que el grau de felicitat augmenta en relació al nombre de persones que conformen l'entorn social i la força amb què aquestes relacions i vincles es produeixen. Si traduïm aquest argument en termes de xarxes socials, la hipòtesi central seria que la qualitat de les xarxes socials, en general, i les d'amistat i de família en particular, incidiran sobre la felicitat de la persona en tots els grups d'edat i, per tant, reduiran el risc de patir depressió.



Globalment, es podria afirmar que mentre des d'un punt de vista biològic, la malaltia depressiva representa una condició de l'organisme que es pot descriure segons paràmetres objectius i topogràficament localitzables, des de l'òptica de l'antropologia aquestes malalties poden ser considerades com a *formes històriques de l'experiència*, codificades per la cultura, compartides i comunicades en el si del grup social i, per tant, constantment redefinides per la subjectivitat dels individus. En aquest sentit, tot tipus d'intervenció sanitària, terapèutica, preventiva i, amb més raó, educativa -sigui en el marc de l'atenció primària de salut o en l'àmbit específic del camp de la salut mental- instaura una relació problemàtica i complexa amb la cultura de l'usuari, actuant sobre l'orientació de valors, confirmant o desmentint opinions i comportaments, fortament arrelats en el tarannà de la persona i la família. Aquest debat fa sorgir una pluralitat de valències simbòliques i d'interaccions socials, mitjançant les quals la persona experimenta i defineix les condicions del seu propi benestar o malestar.

## DEPRESSIÓ I FAMÍLIA

La família constitueix el context social més important dins del qual la malaltia es genera i es resol. En l'àrea de la salut-malaltia mental, hi han evidències que les actituds i les accions de les famílies afecten a diferents elements del procés terapèutic, facilitant o interferint en el procés en relació a l'etiologia, la durada del tractament i la recuperació de la persona. Un nombre important de recerques han donat una atenció sistemàtica i fonamentada a aspectes com ara el paper que juga la família en relació a l'evolució de la depressió o en la gènesi de la malaltia, així com també en l'impacte de la malaltia sobre la vida familiar o la manera en què aquesta contribueix al seu cuidatge. (Litman, 1974; Franks et al, 1992).

El concepte de "família" ha provocat des de sempre una sèrie de polèmiques en relació a la seva definició i al seu paper com element socialitzador. La família ha estat definida de diverses maneres i des de perspectives diferents, segons es considerin aspectes de consanguinitat, de relació legal, de convivència, de vincles emocionals, etc. La gran varietat de famílies que actualment existeixen en les societats occidentals, sovint en dificulta la possibilitat d'una definició única i general. En aquest treball, es considerarà la família fent referència a un concepte globalitzador i flexible, a partir del qual es defineix un grup de persones relacionades entre si -biològicament, legal o emocional- que no necessàriament conviuen a la mateixa llar, però que comparteixen una història comú, unes regles, uns costums i unes creences bàsiques en relació a diferents aspectes de la vida, en general, i en l'atenció de la malaltia depressiva en particular.

Consegüentment, quan es parla de família no es redueix a la parella conjugal ni a les relacions de pares i fills que viuen junts. La família transcendeix la fragmentació i delimitació dels grups residencials. Una persona pot viure sola, però no per això es considera que no té família. És important tenir en compte aquesta dimensió, perquè s'ha pogut comprovar el paper fonamental que juga el parentiu en el context contemporani, malgrat la seva invisibilitat. L'opinió comuna és que es tracta d'unes relacions secundàries, plenes de deures i convencions que semblen xocar amb els valors de l'individualisme i de l'autenticitat en les relacions personals, establint-se una important interacció i influència mútua entre la persona, la família i l'entorn social. Encara que sembli contradictori, juntament amb la fragilitat i la inestabilitat del llaç conjugal, juntament amb les difícils i mudables relacions intergeneracionals, coexisteix el parentiu que constitueix una xarxa de relacions entrelligades i dotada de continuïtat simbòlica:

*Les funcions de parentiu són un factor significatiu que es reactiva en moments crítics de la vida individual, com pot ser una malaltia depressiva o quan es produeixen mutacions importants en el context social. En aquestes ocasions proporciona una base solidària que contribueix a resoldre les contradiccions o els problemes que s'han generat (Comas, 1993).*

És, en aquest sentit, on la família juga un paper molt important, no sols en el desenvolupament de la malaltia depressiva sinó també en relació al grau d'eficàcia dels diferents procediments terapèutics i a la seva evolució; és a dir, la família constitueix una xarxa de suport lògic en relació a la modificació dels estils de vida de les persones. De totes maneres, no cal oblidar que encara que es parli de família com a unitat de descripció i anàlisi del procés de salut-malaltia-atenció, són les dones les encarregades

de tenir cura dels altres i, en aquest sentit, no hi han hagut modificacions en els darrers anys<sup>25</sup> com ho assenyalen Comas (1993), Rodríguez (1994) i Durán (1992).

## Cicle evolutiu familiar

La família no és una unitat estàtica, sinó que està en un procés de canvis constants, on es van creant i extingint contínuament nous nuclis familiars essent difícil poder precisar un moment a partir del qual estudiar la seva evolució:

*La familia está en un proceso continuo de formación que bien podríamos denominar proceso familiar, esto es, la creación y extinción de familias nucleares; la creación de nuevos miembros por nacimiento; la pérdida de miembros existentes por fallecimiento; el establecimiento de relaciones de afinidad por matrimonio; la complementación de estos vínculos mediante vínculos de descendencia a medida que nacen los hijos y que los afines se vuelven parientes de parientes. Éste es el proceso por el cual se determina el modo exacto del conjunto de relaciones que constituyen la trama de parentesco en una sociedad dada, en un momento dado. Pero, al mismo tiempo, tan sólo la definición de los papeles de parentesco y las reglas que rigen el matrimonio, posibilitan la regulación y el control de dicho proceso (Harris, 1986).*

La família compta amb una història natural que la fa passar per successives etapes, durant les quals els membres de la família experimenten canvis i adopten

<sup>25</sup> Malgrat que les tasques de la llar poden ser compartides o delegades, a partir de la incorporació de la dona en el món del treball, els diferents estudis mostren que tenir cura en els processos de salut i de la malaltia segueix essent responsabilitat de les dones (Comas, 1993).

comportaments determinats que són previsibles per tal de respondre a normes conductuals i socials comunes.

El cicle vital familiar ha estat concebut com una seqüència d'etapes des de la seva creació fins a la dissolució. Cada etapa implica un procés d'adaptació i, per tant, és susceptible de generar problemes i pautes de conducta específiques en relació al procés salut-malaltia. Una malaltia pot esdevenir més freqüent en una etapa evolutiva que en una altra, alhora que l'experiència d'aquesta en les diferents etapes comporta diferents implicacions en quant a atenció i tractament dels aspectes físics i emocionals de la persona. Clàssicament s'han identificat en aquest procés familiar una sèrie d'etapes que conformen el que seria el cicle familiar i la seva relació amb el procés depressiu.

**Taula núm. X.- Etapes del cicle familiar modificades per l'OMS**

<i>Etapa</i>	<i>Des de</i>	<i>Fins</i>
1. Formació	Matrimoni	Naixement del primer fill
2.A. Extensió	Naixement del primer fill	El primer fill té 11 anys
2.B. Extensió	El primer fill té 11 anys	Naixement de l'últim fill
3. Final de l'extensió	Naixement de l'últim fill	El primer fill abandona la llar
4. Contracció	El primer fill abandona la llar	L'últim fill abandona la llar
5. Final de contracció	L'últim fill abandona la llar	Mort del primer cònjuge
6. Dissolució	Mort del primer cònjuge (extinció)	Mort del cònjuge supervivent

Font: Revilla, 1994

El risc de depressió es presenta en aquest estudi com una patologia prevalent en la primera etapa, per considerar-se que la situació familiar en aquella època podria ser un estressor important a causa de l'esforç d'adaptació que suposa la incorporació de nous membres a la família, la qual cosa suposa un reajustament de tot el conjunt d'activitats

de la vida de parella, tals com: la modificació de les relacions entre els pares, les relacions dels pares amb la seva xarxa de suport social, la relació amb la família d'origen, els hàbits de funcionament quotidians, la jerarquia de prioritats, etc. Tot això fa que, durant un cert temps, la persona entri en un procés d'adaptació, amb dificultats que seran majors en la mesura que disminueixi la capacitat d'assimilació de la nova realitat. Aquest aspecte està relacionat amb el tipus de depressió postpart, que té una incidència del 5% de depressió major i 5% de diferents tipus de trastorns distímics (Paykel, 1985), i que està relacionada no tan sols amb processos fisiològics sinó amb factors com ara la percepció de suport, tensions familiars, etc. (Sheppard, 1997)

En l'etapa 2B, la depressió estaria lligada a l'estrès que la càrrega familiar genera en aquella etapa a l'haver de compaginar les tasques del cuidatge de la família amb altres aspectes de la vida laborals, econòmics i socials. També identifica aquest autor la quarta etapa com de risc per a patir trastorns depressius, relacionats amb la separació dels fills i l'organització dels seus propis sistemes relacionals amb la consegüent pèrdua del paper funcional de la mare, cosa que genera la necessitat de cercar noves situacions d'equilibri dins i fora de l'entorn familiar.

En les últimes etapes del cicle vital, la malaltia estaria relacionada amb les diferents pèrdues personals i situacionals que es donen en aquesta etapa del cicle evolutiu i afectaria ambdós sexes per igual: els canvis físics, les dificultats de salut, la finalització de la vida laboral, la pèrdua progressiva de la independència en tots els àmbits de la vida i la proximitat de la mort, afectant de manera important a l'autopercepció i a

l'autoimatge de cada persona, alhora que repercuteix en el seu estat psicològic i en el funcionament familiar.

A més a més d'aquests moments evolutius, condicionats en gran mesura per la pròpia realitat biològica de l'ésser humà, hi han altres canvis vitals més circumstancials que també suposen importants transaccions vitals, afectant de manera considerable la unitat familiar com l'atur, la immigració, la malaltia, els problemes econòmics i interpersonals que interrelacionats amb els anteriors amplifiquen o disminueixen la possibilitat de desenvolupar la malaltia depressiva.

Així, la depressió pot esdevenir tant la causa com l'efecte de les tensions viscudes en l'àmbit de les transformacions en les diferents etapes del cicle evolutiu, creant contradiccions, frustracions, necessitats de noves formes d'adaptació i de relació dins de l'entorn familiar. Les causes poden ser els canvis socials, els canvis cronològics (els nens és fan adolescents, els adolescents és fan adults, etc.), els canvis en el nombre d'integrants, o bé els canvis interns amb els mateixos integrants, fruit de les circumstàncies individuals i socials.

No hem d'oblidar, però, que les etapes de transició en el funcionament familiar i els vincles afectius es plantegen en una societat sotmesa a processos de canvis i que es veuen mediatitzats per pressions i tensions que a vegades fan inviable la seva existència. Encara que resulti una paradoxa, la dinàmica social en molts casos afavoreix i impulsa les relacions familiars o les relacions entre els grups de parents i en altres casos, les debilita o les converteix en una font de tensió. Un exemple d'aquests fets el trobem en

l'augment del nombre de persones velles i de malalties cròniques, producte de l'allargament de la vida, cosa que sovint ocasiona problemes materials i psicològics per part del fills al tenir cura d'aquestes persones durant un període perllongat de temps. Aquesta situació, a més, s'agreuja per la progressiva reducció del nombre de membres que componen la unitat familiar i la multiplicitat de les funcions que cada membre assumeix, creant una contradicció entre el sentiment i l'obligació d'ajudar i l'interès personal o la urgència en satisfer les demandes individuals.

Actualment aquesta estructuració del cicle familiar ha estat modificada ja que, per una part, la nova organització de la convivència comporta gran diversitat de models familiars i, per l'altra part, els canvis socials i econòmics afecten la dinàmica familiar. Dins dels esmentats canvis trobem la perllongació de l'escolarització, el retard en la incorporació dels joves en el mercat del treball, la qual cosa genera dificultats en el procés d'independització dels fills, o l'augment de l'esperança de vida, que porta a tenir cura dels avis durant més temps en l'entorn familiar. Així, tots aquests fets determinen que les etapes del cicle evolutiu familiar siguin susceptibles de moldejar-se d'infinítes formes. Aquestes modificacions en el cicle evolutiu afecten de manera més selectiva les dones que els homes<sup>26</sup>:

*Teniendo en cuenta que estamos asistiendo a una gran diversificación de las formas familiares, con la consiguiente posibilidad de elección de los actores en cada encrucijada existencial, sería deseable recabar datos que nos permitan elaborar tipologías en términos de las trayectorias vitales, estrategias y prácticas asociadas con*

<sup>26</sup> El procés de nuclearització de la família i l'envelliment de la població ha fet que quatre de cada cinc famílies monoparentals estigui constituïda per una dona i els seus fills, i la majoria de llars unipersonals estiguin formades per dones soles, moltes d'elles amb problemes econòmics i socials importants (Flaquer, 1998).



*las distintas categorías sociales. Ello supondría la realización de estudios etnográficos en profundidad, tanto sincrónicos como diacrónicos, ya sea sobre los diferentes tipos sociales o familiares (Iglesias, 1993).*

Si bé es cert que manquen referents sobre la relació entre el risc de patir depressió i els nous cicles familiars, sembla que, des del punt de vista de la teoria de l'estrès, el risc de patir depressió sol ser més elevat en el moment que hi han entrades (siguin entrades per naixement, incorporació de nous membres, agregació d'altres unitats familiars) o sortides (degudes a la separació, la independització i/o les pèrdues personals i situacionals), independentment del tipus d'organització familiar i que el fet es deu, fonamentalment, a la dificultat de reorganització familiar provocada per aquests canvis. Cal apuntar, també, com a font afegida d'estrès, l'edat en què es produeixen aquests canvis dins l'àmbit domèstic; en aquest sentit, és diferent el risc de patir una depressió en formar una família a l'adolescència, a l'edat adulta o a la vellesa.

Creiem que la relació entre les tasques desenvolupades en les diferents etapes del cicle familiar (sigui del tipus que sigui) i la depressió, no es pot considerar de manera aïllada d'altres variables socials, demogràfiques i econòmiques (per exemple, situacions d'habitatge, nivell d'ingressos, situació d'atur, nombre de fills, altres malalties físiques o psíquiques, suport social) que contribueixen a augmentar el risc de patir depressió en qualsevol etapa del cicle evolutiu.

## Proposta sistèmica

La teoria general de sistemes a partir dels estudis de Bertalanffy (1979) i Bateson (1982), determina que el comportament del sistema familiar està relacionat amb tots els membres del grup familiar. La depressió d'un membre de la família influeix de forma significativa en el seu entorn i especialment en la unitat domèstica on el pacient viu i on es veurà afectat el seu funcionament i alterat el rol de tots o alguns dels membres familiars. Tal i com consideren diferents autors, la família constitueix un sistema -en el sentit ampli de la paraula- en tant que està formada per un conjunt organitzat de membres que interactuen entre si, de manera que qualsevol alteració o canvi en un d'ells influeix en els demés; al mateix temps, es constata que, al seu torn, tot canvi familiar influeix de manera individual en cadascun dels seus membres.

El concepte de tractament de la depressió, des d'una perspectiva sistèmica, és relativament nou i en conseqüència no s'han realitzat masses investigacions ja que el camp de la teràpia familiar ha estat fins al moment més interessada en la investigació de l'anorèxia, les dependències i l'esquizofrènia (Pereira, 1996). En relació a la depressió, els estudis dins d'aquesta línia de pensament s'han basat en l'observació de les relacions que s'estableixen entre els cònjuges en el marc de la família, tractant d'esbrinar el significat de la depressió en el món de la parella.

En aquesta línia de pensament (Byng-Hall i cols, 1985) parteixen de les següents hipòtesis sobre l'etiologia dels desordres afectius en el que es basen els treballs posteriors sobre teràpia sistèmica i depressió:

a) Les oscil·lacions afectives de l'estat d'ànim, siguin depressives o maníques, han d'avaluar-se en el context del sistema social en què apareixen. Això no exclou una etiologia de naturalesa essencialment no social, és a dir, bioquímica. L'estat d'ànim d'una persona afectarà els estats d'ànim de les persones que l'envolten, tota vegada que aquest també serà influït pels estats d'humor i per les conductes derivades d'ells. Segons aquests autors, els afectes són a la vegada causa i efecte. A partir d'aquesta afirmació, se separen del pensament lineal de relacions causa-efecte i adopten la visió sistèmica on cada element del sistema familiar es retroalimenta mitjançant circuits de *feed-back*. Aquests circuits de retroalimentació poden ser negatius, quan les desviacions tendeixen a disminuir o positius, quan els problemes tendeixen a multiplicar-se; per tant, és clar que tota depressió pot evocar una resposta que és susceptible d'amortir o amplificar aquesta depressió.

b) El paradigma més operatiu per a l'abordatge de la depressió és, segons aquests autors, subministrat per la teoria de la vinculació (*attachment theory*) (Bowlby, 1971). El nucli d'aquesta teoria consisteix en l'afirmació que la conducta de vinculació o d'afiliació permet a un subjecte (el que cerca les cures) acostar-se a un altre subjecte (el que dispensa les cures), essent el primer quasi sempre un nen i el segon, la mare o el pare. Però pot donar-se aquesta conducta en els adults, sobretot entre els cònjuges, amb el rol de cercador i de dispensador d'atencions variant segons les circumstàncies. La tristesa o la depressió tindrien a veure amb l'amenaça de ruptura d'aquesta vinculació.

En un estudi clàssic sobre les relacions de parella en els trastorns afectius, Zauszniewski (1994) descriu l'experiència en el tractament de desavinences matrimonials en parelles on un dels cònjuges patia un Desordre Afectiu Primari (DAP). El sistema conjugal més freqüent en els pacients DAP està caracteritzat per una persona que es casa amb un subjecte molt controlador, amb la finalitat que aquest l'ajudi a controlar les oscil·lacions en el seu estat d'ànim; el cònjuge controlador o autocontrolat buscaria, conscientment o inconscient, l'espontaneïtat emocional de la personalitat DAP. Pot parlar-se d'un tipus

de vinculació simbiòtica, ja que en aquests matrimonis s'observa una taxa de divorci molt per sota de la mitjana. En ensenyar-li al cònjuge que la malaltia depressiva té un fort component químic, s'ajuda a dissipar la culpabilitat molt freqüent en aquests matrimonis i permet afrontar els problemes conjugals, que poden estar mantenint el procés depressiu, alhora que facilita un canvi en les relacions.

Per un altre costat, Weissman i cols (1977) van observar que les dones depressives manifestaven la seva hostilitat preferentment en contra dels què estaven més pròxims a elles; així, és habitual que el marit d'una dona depressiva noti la hostilitat i la distància sexual de la seva parella, al mateix temps que se li exigeix tota classe d'atencions a causa del seu estat d'incapacitat. D'aquesta manera, ella està exercint un control molt clar sobre la distància conjugal, però a la vegada pot ocultar els conflictes que podrien correspondre al marit; aquest, en efecte, pot arribar a la conclusió que la situació en què es troba és deguda a la depressió de la seva dona. Linares (1988) relaciona la interacció de la parella conjugal i el manteniment de diferents tipus de depressió, així com la funció d'altres membres de l'entorn familiar en el manteniment del procés depressiu. En relació a la depressió major assenyala:

*Se da de preferencia en el adulto joven o de edad media, con relación de pareja presidida por una rígida complementariedad. El cónyuge "sano", generalmente dotado de ciertas cualidades que lo hacen inatacable, invade, desplaza y arrincona al "enfermo", tarea en la que colaboran los hijos de ambos y los padres (especialmente los del paciente designado), en una especie de Santa Alianza. Al frente de ésta, el cónyuge abnegado, que sólo busca el bien del pobre enfermo, encubre en estrecha colaboración con él un juego que en expresión de Selvini cabe calificar de "sucio", donde los síntomas representan una venganza, un drenaje del rencor y la única manera de controlar la*

*situación desde la imposibilidad de la rebeldía. Todos son inatacables, porque no es posible atacar al héroe, pero también porque hacerlo supondría poner fin a un juego en los que los participantes obtienen beneficios, el enfermo, el dulce placer de la venganza, la capacidad de imponer la dictadura del síntoma con el enorme poder que le reporta la amenaza suicida; los hijos la posibilidad de crecer precozmente, convirtiéndose en potentes-frágiles adultos prematuros; los abuelos, la oportunidad de invadir el hogar para suplir la presión del incapaz depresivo y para ayudar a su heroico cónyuge y por último, el enfermo el encubrimiento de un juego inconfesable (Linares, 1988).*

Aquest autor assenyala que en la depressió major, els nens i els avis poden desenvolupar el rol dual d'acostar els pares si estan molt separats o bé separar-los o distanciar-los si estan massa pròxims, al fer això, s'estan protegint d'una *fugida* conjugal que podria esdevenir destructiva per a la família. En aquest cas, la relació de parella seria complementària i, per tant, la família es mantindria estable i amb poca hostilitat; en canvi, en les depressions reactives o menors la conflictivitat familiar és major i la pauta de relació de parella es fa més inestable durant més temps, i la relació de parella corre el risc de dissoldre's. En relació a aquest tipus de depressió afegeix:

*La depresión reactiva puede surgir en cualquier momento del ciclo vital familiar, como reacción a una pérdida actual mal elaborada. Su dimensión interaccional supone una demanda bastante explícita de ayuda para superar la dificultad, puede que no aparezcan complicaciones y entonces no es necesario un tratamiento familiar, pero si la depresión reactiva se inscribe en una pauta de relación simétrica inestable, es fácil que los síntomas reactivos demuestren su utilidad en la equilibración de las escaladas, posibilitando una depresión neurótica. Los síntomas permitirían restablecer la relación simétrica siempre en peligro de desequilibrio e incluso invertir el sentido del mismo. La lucha abierta es una realidad más o menos constante en estas parejas, entre las cuales no es rara la inclinación a la separación (Linares, 1988).*

En aquest article, Linares resumeix la línia de pensament de l'escola sistèmica en relació al sentit que té la malaltia depressiva dins del món de la parella. La depressió té a veure amb la dependència i la complementarietat dels rols, cosa que fa que es mantingui la malaltia. Quan un membre expressa un afecte excessiu i l'altre respon de manera *atenta* o controladora, l'afecte no decau sinó que es multiplica.

En un disseny longitudinal per avaluar els símptomes depressius com a indicadors d'una alteració en les relacions interpersonals (Lewis, 1989), s'afirma que aquestes alteracions provenen d'un estat d'equilibri patològic en el si de la família. A l'examinar les característiques de comunicació en pacients hospitalitzats per depressió i les relacions amb els seus cònjuges mitjançant vídeo, comparant-les amb un grup control de pacients quirúrgics hospitalitzats, es van identificar diferències significatives en l'estil de comunicació entre els pacients depressius i els pacients controls; així doncs, aquests autors descriuen patrons d'organització familiar en els pacients depressius caracteritzats per tres aspectes:

1. El pacient genera patrons de conducta protectora.
2. El pacient és considerat com a persona malalta en la família i exclòs com a membre important de la família en l'organització familiar.
3. El pacient depressiu pot patir sentiments d'agressivitat envers els membres de la família, que li posen de manifest la seva frustració i pèrdua de condició.

Aquest autor parla d'un *sistema depressiu*, o estat de depressió en el qual es manifesta una necessitat de rebre afecte, però al mateix temps es rebutja aquest afecte, cosa que provoca una resposta d'allunyament en relació amb l'altre cònjuge. Tot això ve a

confirmar el sentiment de soledat i indefensió del depressiu, punt que seria complementari al de Linares.

En les recerques posteriors, s'aborda la qüestió conjugal en la depressió des d'un punt de vista complementari. En l'estudi de revisió sobre la relació del malalt depressiu i la família (Chamorro, 1988), s'accepta que la relació de la parella es deteriora quan un dels dos pateix una depressió, ja que la depressió interfereix de manera directa en les diverses àrees de les relacions i del funcionament de la parella que provoquen una pèrdua en la comunicació, una deficient intimitat i disfuncions sexuals. De totes maneres, aquí s'estableix la variable de gènere com a un factor que influeix de forma diferencial en la distorsió de les relacions conjugals. Si és el marit el que pateix la depressió, l'alteració en la comunicació es normalitza una vegada superat l'episodi depressiu; en canvi, en la dona depressiva aquest procés seria molt més llarg. La depressió comporta per ambdós sexes una regressió psicològica, expressada a partir d'una demanda més gran d'atenció i dependència per part de l'altre membre de la parella.

La dona, en termes generals, per la seva especialització en les cures, sembla ser més sensible a proporcionar atenció a la parella deprimida. L'home, pel contrari, no sap adaptar-se tan fàcilment a la demanda d'ajut i fracassarà, en molts casos, en el seu paper de proporcionar suport afectiu durant el període depressiu, provocant que el patró de comunicació alterat per la depressió es perpetui:

*La mujer cuando se deprime parece más sensible al desajuste que se produce en la relación, quizás porque ella sufre de manera más acusada los cambios que la depresión infligen a su papel de esposa y miembro de la pareja, la pérdida de su papel como ama de*

*casa, si no trabaja fuera, le suponen un daño en su identidad y autoestima, que termina por repercutir en la comunicación con su compañero (...) la actitud de la mujer en esta etapa se caracteriza por ser negativa, pesimista, con tendencia a buscar la sobreprotección, retraimiento y dificultades para conseguir una comunicación profunda e íntima (Chamorro, 1988).*

Globalment, les hipòtesis d'aquests autors de l'escola sistèmica en relació a l'etiologia dels trastorns afectius, és que aquests es mantenen com a conseqüència d'un conjunt de vincles emocionals actualment o potencialment deteriorats. Per afrontar aquests desordres s'han d'utilitzar tècniques que facilitin la resolució dels conflictes de distància en l'interior del medi familiar. Com que la depressió comporta canvis importants en el sistema de relacions familiars, el primer objectiu serà el d'estimular nous patrons de comunicació en l'entorn familiar que modifiquin les relacions que perpetuen el procés depressiu.

Encara que des de perspectives d'anàlisi diferents, hi ha un cert consens en assenyalar que un reaprenentatge per part de les famílies per tal d'aconseguir una comunicació millor, expressant obertament els seus sentiments i les seves emocions -especialment la ira-, ensenyant a descobrir altres formes de comunicació, és la forma de tractament de la depressió dins de l'àmbit familiar que facilita la recuperació del pacient, alhora que evita la reincidència del procés depressiu. En aquesta línia, Freedman (1992) va investigar cent noranta-sis parelles casades amb un cònjuge depressiu, comparant-les amb un grup control, i va assegurar que la farmacoteràpia antidepressiva eliminava els símptomes, però la teràpia conjugal demostrava tenir un major efecte sobre les relacions familiars i conjugals al final del tractament, retardant l'aparició de recaigudes en el procés depressiu.



Malgrat que, en alguns casos, es poden observar aquestes pautes familiars, nosaltres creiem que no totes les parelles que passen per una situació de depressió funcionen de la mateixa manera; a més a més, s'haurien de considerar tots els altres elements de l'estructura familiar que tenen un pes específic en el procés i que, per tant, poden modificar-lo. Aquests estudis sobre les diferències entre els rols sexuals i la repercussió de la malaltia depressiva, parteixen d'un plantejament molt clàssic del paper de la dona a la societat, on la dona està preferentment en el àmbit domèstic, cosa que fa inevitable que les dificultats de la depressió es manifestin en aquest àmbit. Si més no, faltarien més estudis sobre el rol sexual i la depressió que incloguessin l'aspecte canviant del rol social, tant de l'home com de la dona, així com els recursos que un membre o altre de la parella tenen dins i fora de l'àmbit familiar i que pot servir com amortidor o potenciador de les dificultats viscudes en les relacions conjugals.

## Depressió i repercussió sobre els fills

Els estudis sobre la depressió i la repercussió de la mateixa en els fills estan basats en l'observació del comportament d'aquests en les diferents etapes del cicle vital. Es creu que el deteriorament psicològic dels fills de pares que pateixen un trastorn depressiu és superior al dels fills de pares que no pateixen aquest trastorn, identificant-se una major proporció de problemes d'adaptació social, tendència a l'aïllament i dificultats en l'atenció i concentració; al mateix temps, mostren més dificultats en relació a la confiança amb els pares i fracassen en les relacions d'intimitat entre els iguals. Aquest aspecte es

fa especialment palès quan la depressió d'un dels pares té lloc durant els primers anys de vida del nen i en l'adolescència, identificant-se en aquesta darrera etapa un major risc que la població general de patir trastorns psíquics, com són anorèxia i alcoholisme o presentar símptomes afectius (Silverstein, 1995).

En un estudi clàssic de revisió sobre la depressió de la mare i la influència de la mateixa en la conducta del fill, des d'una perspectiva evolutiva, es descriu un període crític, situat al voltant dels 14 mesos de vida, en el qual el nen és especialment sensible als efectes de la depressió maternal (Ferrari, 1993). El comportament de la mare depressiva, traduït en una disminució de l'interès, astènia, empobriment del llenguatge corporal i disminució de la interacció, provoquen una hipoestimulació que pot ser negativa per al nen i que es tradueix en certes afeccions psicossomàtiques com trastorns del son, de l'alimentació i del joc. També s'observa en aquesta etapa de la vida un menor impacte de les formes de depressió greu enfront a les formes més lleugeres de depressió; l'explicació rau en el fet que les formes més greus obliguen a cercar ajut intra o extrafamiliar per a suplir la funció de la mare; en canvi, les formes més lleugeres, al mantenir-se la relació mare fill durant més temps, comporten dificultats en la comunicació que produeixen una pertorbació més selectiva sobre l'evolució del nen.

Malgrat que en els diferents estudis es constata un augment del risc de psicopatologia en els fills de malalts depressius, comparats amb un grup control, el grau de deteriorament dels fills no és diferent del d'altres fills de persones amb altres trastorns psiquiàtrics. És paradoxal el fet que els fills de pacients amb un trastorn distímic lleu presenten, a pesar del què es podria esperar, més psicopatologia que els fills dels malalts amb trastorns bipolars o episodis depressius majors, establint-se el fet que el grau de duració del

trastorn és més distorsionador de l'ambient familiar que la pròpia gravetat dels símptomes, actuant de manera més selectiva sobre el fill. Pel que fa al gènere, és més perjudicial per als fills que la mare pateixi una depressió que altres membres de la família, especialment quan el fill és petit, per la distorsió en la vinculació afectiva mare-fill i la repercussió que la depressió materna ocasiona en l'entorn familiar.

Per bé que tots els estudis estan d'acord en establir una relació entre la depressió dels pares -especialment la de la mare- amb les diverses manifestacions psicopatològiques del nen i de l'adolescent, aquests estudis són molt variables en relació a la metodologia emprada, l'etapa de la vida en què es troben els nens estudiats, així com el gran ventall de trastorns psicopatològics esmentats, fet que fa difícil el consens en els resultats. A més a més, creiem que l'impacte de la depressió en el nen pot estar moldejada per diversos factors entrelaçats, uns referents a la pròpia capacitat individual de protegir-se dels efectes desestructurants d'aquesta depressió, que provocarà que cada nen reaccioni d'una manera diferent, i els altres referits als estímuls extra o intrafamiliars, com per exemple, el rol de l'altre pare, la quantitat d'amics, la presència dels avis, etc, que són factors que disminueixen o amplifiquen els efectes de la depressió parental sobre els fills.

## Impacte de la malaltia sobre la família

Sembla haver-hi un cert consens en què la família té un paper decisiu en la gènesi de la depressió. Així, es diu que en el cas de depressions greus, el propi grup familiar es pot arribar a deprimir. La depressió, especialment en els episodis aguts o si té una llarga durada, comporta un impacte en la unitat familiar. Els símptomes negatius de la depressió, tals com desesperació, manca d'afecte, queixa, falta de comunicació, són els que més dificulten la convivència, causant una sobrecàrrega en altres familiars que poden presentar símptomes depressius (Coyne et al, 1986; Badger, 1996). De totes maneres, s'observa que els símptomes depressius disminueixen després del tractament d'aquestes famílies.

Les àrees més afectades en el funcionament familiar són la interacció familiar, la satisfacció de parella, la comunicació, la capacitat de resoldre problemes, la competència, la capacitat de demostrar afecte, les normes i les regles familiars. Així doncs, el temps de recuperació d'un episodi depressiu agut es correlaciona amb el funcionament general de la família. En concret, es va trobar que els pacients depressius que van millorar ràpidament (1-4 mesos) presentaven majors puntuacions de les seves famílies en ítems com la capacitat per resoldre problemes, la capacitat comunicativa i el funcionament general, comparats amb altres pacients que van millorar més lentament (1-8 mesos). Sens dubte, però, no cal oblidar que aquests tipus d'ítems són una mesura molt superficial d'aspectes cognitius que interactuen en el si de la família.

L'anàlisi de tots els aspectes anteriors ens porta a afirmar que la malaltia depressiva no pot ser entesa ni tractada sinó és a partir d'una intervenció familiar global.

Tradicionalment, tant a nivell d'atenció primària com de salut mental, s'ha intervingut quasi exclusivament sobre el pacient; pel contrari, encara que l'abordatge de la família ha estat considerat necessari, sempre s'ha realitzat de manera col·lateral. Creiem que més que la família hagi de ser *educada* -com diu molta literatura sobre el tema-, s'ha d'entendre i escoltar-la tant a ella com al propi malalt. És essencial entendre les seves vivències i experiències en relació a la malaltia depressiva, a causa del seu paper decisiu en el tractament, l'evolució i la prevenció d'aquest trastorn.

Per últim, i amb la finalitat d'integrar els aspectes tractats i fer operatiu el treball sobre la intervenció familiar, citarem els estudis clàssics sobre la repercussió de la malaltia física i psíquica en el sistema familiar. Els esmentats estudis es basen en les següents variables (Gaberí i Compañ, 1990):

1. Estructura interna del sistema: on s'analitzen les transaccions i el grau de relació i comunicació que tenen lloc dins de l'entorn familiar.
2. La flexibilitat del sistema, amb la seva capacitat d'adaptar-se o no a les situacions de canvi.
3. El context ambiental de la família, les fonts de suport i de tensió.
4. El nivell de desenvolupament de la família, tenint en compte les etapes del cicle familiar en què es troba la persona en el moment de la malaltia.
5. Anàlisi de les regles entre la família i la seva capacitat de relació amb l'entorn social més ampli.

Així, l'impacte de la malaltia depressiva serà diferent depenent de la situació que s'estigui vivint dins de l'àmbit familiar en aquell moment i de la capacitat de relació que s'estableixi entre els diferents membres del sistema familiar i els altres de l'entorn.

Segons Hill (1965) hi han una sèrie de factors que poden influir en la desorganització familiar secundària a l'impacte de la malaltia, proposant un model que és conegut per les seves sigles ABCX, i que identifica una sèrie de factors que si els apliquem a la depressió quedarien de la següent manera:

- A. La depressió en si i la vivència de pèrdua que suposa per a l'entorn l'experiència d'aquesta malaltia.
- B. La definició que la família en fa de la malaltia depressiva.
- C. Els recursos amb què compta per tal d'afrontar-la.
- X L'impacte que suposa la depressió, tenint en compte els tres factors anteriors.

Considerant aquests esquemes i aplicant-los al procés depressiu, veiem que la depressió tindrà una repercussió diferent en l'entorn familiar si la malaltia es presenta com un procés agut o crònic. Així, s'identifiquen en diferents estudis un major impacte familiar en els processos de depressió crònica que en els processos aguts; la raó pot raure en el fet que en els processos aguts la gravetat de la simptomatologia fa que s'hagin de buscar altres recursos dins o fora de la família i, en canvi, la depressió crònica té l'efecte de la gota d'aigua que per la seva persistència va foradant la pedra. També es té en compte la idea que la família té sobre la malaltia, o sobre el malalt i la seva responsabilització en el procés depressiu; en aquest sentit, la comprensió de la simptomatologia del malalt i la reducció del sentiment de culpa experimentat pel familiar reduirà significativament l'impacte de la crisi.

En relació als recursos amb què la família compta per afrontar la situació de crisi, hi entrarien una sèrie de factors, no tan sols familiars, sinó també socials i econòmics, que

provoquen que el fet de viure amb un malalt depressiu en un moment determinat de la història individual fa que es creï una situació més o menys difícil. En aquest sentit, les xarxes de suport social són un dels elements bàsics a l'hora de rebre recolzament material, afectiu i informatiu per tal de facilitar el procés d'adaptació individual i familiar envers la malaltia depressiva i augmentar el benestar del pacient i la seva família (Izquieta, 1974; Leff, 1987).

La malaltia situa a la família davant d'una situació nova que intentarà identificar i processar d'acord amb les seves creences i experiències prèvies; al mateix temps, posarà en marxa els recursos com ara la seva capacitat organitzativa, l'adaptabilitat i la cohesió i, en cas necessari, cercarà suport familiar o extrafamiliar d'acord amb la quantitat i qualitat de la seva xarxa social. La intensitat, el valor i la transcendència d'aquests factors modularan la intensitat de la crisi. El grau de desorganització familiar, secundària a l'impacte de la malaltia, depèn, per una part, de les variables relacionades amb la pròpia malaltia i la definició que la família en fa d'ella i, per l'altra, de les variables degudes a la pròpia estructura de la dinàmica familiar (cohesió familiar, capacitat de resposta, comunicació, cicle evolutiu i d'altres).

Veiem per la diversitat de plantejaments teòrics anteriorment esmentats, que si bé hi ha un fort lligam entre família i depressió, encara queden dins d'aquest camp molts interrogants per resoldre amb la finalitat de poder integrar les diferents hipòtesis. La relació família i depressió, probablement, està íntimament relacionada amb un conjunt de factors personals, relacionals, socials, econòmics i culturals que fan que la malaltia depressiva sigui viscuda de manera diferent segons el moment personal i familiar. Tanmateix, la pròpia estructura familiar és canviant i els estudis sobre la família

s'emmarquen en un model molt clàssic, limitat bàsicament en les relacions conjugals i filials. Actualment, a causa d'aquest caràcter canviant de la família, s'hauria de veure aquesta des d'una perspectiva més àmplia, ja que cada vegada més es constata la importància de l'entorn familiar en el procés de salut-malaltia.

Per últim, cal remarcar que si bé una considerable part de la literatura ha desenvolupat aspectes referents a la família en relació a la salut i a la malaltia mental, la major part dels esforços primaris en aquesta àrea han tingut tendència a recolzar-se sobre dades basades en la impressió més que en la investigació, o en estudis de casos psiquiàtrics (Litman 1974, 1985), mostrant dues limitacions importants des del punt de vista de sociologia de la família. La primera limitació faria referència al fet que els estudis sobre la repercussió de la malaltia mental o emocional en la família, es limiten a l'estudi de l'impacte sobre un membre de la família, habitualment el cònjuge o el fill, però deixen de banda altres membres tant o més importants com poden ser els germans i l'impacte de la malaltia del propi fill sobre la família. L'altra limitació fa referència al fet que s'ha estudiat més la contribució de la família o membres de la família en la malaltia que l'impacte que la malaltia pot ocasionar sobre la família.



## METODOLOGIA

### Marc teòric

En el marc general d'una perspectiva fenomenològica -propera a l'interaccionisme simbòlic- el disseny metodològic d'aquesta investigació es fonamenta en un plantejament qualitatiu, observacional i prospectiu, amb un enfocament integral i holístic en què, des d'una visió socioantropològica, es tenen en compte no tan sols la malaltia depressiva sinó també les reaccions personals del/de la pacient i les possibilitats de superació. Tot emmarcat en un context d'anàlisi, no aïllat sinó envoltat dels seus familiars, en una comunitat determinada i en un ambient cultural específic.

En la intervenció empírica es va centrar la metodologia a partir d'un marc teòric ampli -a pesar que el treball era eminentment pràctic- en una línia d'empirisme pur, ja que d'altra manera es podia córrer el risc de perdre's en la immensitat de les *vivències* dels pacients i de les seves famílies, fent impossible la reconstrucció sistemàtica del conjunt; pel contrari, si se seguia el fil inalterable d'un model tancat a tota possible variació, es perdrien les *vivències* que, en darrer terme, són les que marquen l'estructura d'aquesta recerca. Per tot l'exposat, els models que s'utilitzen són oberts a tota possible variació o reajustament, ja sigui per descriure més acuradament el que passa davant nostre o respecte als informants.

Com a professional de la salut, amb llarga experiència en el camp assistencial, estava avesada a interpretar la malaltia depressiva des dels diferents models teòrics i els malalts i les famílies des de la visió que dona estar a l'altre costat de la taula. Tenia més

experiència en la intervenció que en l'observació, per la qual cosa el repte com a investigadora social era descobrir problemes i fenòmens sociològics en el món familiar, apartant-me d'un rol terapèutic –conegut per mi- per a copsar els aspectes del patiment dels pacients i de les seves famílies.

Per assumir aquesta perspectiva d'anàlisi vaig creure que seria més útil adoptar el model socioantropològic –en comparació amb un model clínic mèdic- com a visió que em permetés copsar no la malaltia com a patologia (*disease*), sinó el malestar (*illness*), així com la construcció del concepte social de malalt (*sickness*). Cal recordar que encara que els esmentats termes procedents de l'idioma anglès contemporani són entesos com a sinònims de malaltia, s'utilitzen en antropologia per tal de distingir de manera respectiva, la interpretació del professional i la interpretació dels pacients, la visió individual de la malaltia o la consideració d'aquesta com un procés social.

La dimensió *emic* és la valorada en aquest estudi, ja que tradueix de forma més autèntica els significats de la malaltia depressiva com a patiment i, per tant, reflecteix les vivències dels actors, a partir dels quals i amb un recolzament teòric, es copsa la manera com la realitat es presenta objectivada, el sentit que li dona a la seva experiència de malaltia i els aspectes vivencials, subjectius i intersubjectius del pacient i la seva família. Prèviament, per fer aquest salt era útil tenir en compte les característiques del model antropològic o dimensió cultural de la malaltia

**Taula núm. XI.- Diferències entre el model clínic mèdic i el model antropològic**

Característiques del model clínic-mèdic (Dimensions orgàniques de la malaltia)	Característiques del model antropològic (Dimensions culturals de la malaltia)
La malaltia com una disfunció orgànica o psicofisiològica	La malaltia com una construcció de significat, com un patiment (Illness)
Es busquen dades per a conèixer els processos mòrbids	Es busquen dades que revelin el significat de la malaltia
Procediments clínics: test de laboratori, aplicació tecnològica mèdica	S'avaluen els models explicatius, es decodifiquen les xarxes semàntiques dels individus
S'utilitza el mètode de l'explicació per arribar al diagnòstic	El mètode que s'utilitza és el de la interpretació (almenys inicialment) versió "Emic"
L'exploració que es realitza busca la relació entre els símptomes, les disfuncions i les alteracions somàtiques	L'exploració que realitza busca relacions entre símptomes (text) i xarxes semàntiques (context)
El rol terapèutic és el de la intervenció en els processos somàtics de malaltia	No hi ha rol terapèutic, la funció és la d'analitzar la malaltia en tant que experiència del pacient. Intentar entendre els aspectes implícits del patiment.

Font: Eisenberg i Kleinman, 1992

Cal esmentar que el desenvolupament per part de Good (1993) i Kleinman (1980) dels enfocaments *emics* en relació a la dimensió cultural de la malaltia, han introduït un rigor metodològic a una manera d'abordar el problema de la malaltia que s'havia plantejat des d'una perspectiva filosòfica o històrica (Lain Entralgo, 1964; 1983). En aquest cas, la perspectiva d'anàlisi se centra en l'estudi de l'expressió de la malaltia per part dels agents implicats; en aquest sentit, s'emfatitza *la vivència del patiment* i, a partir d'aquest, es construeixen models explicatius de la forma cultural que adopta la malaltia.

En relació a copsar les dimensions culturals de la malaltia, és important el conjunt de nocions, creences i expectatives que les persones i les famílies tenen sobre els seus episodis de malaltia. Aquestes nocions poden ser analitzades tant en el cas dels usuaris i

dels familiars, com en el cas dels professionals inscrits en el sistema d'atenció a la salut, susceptible d'incloure no solament un cos de concepcions mèdiques sinó altres sistemes.

Posteriorment, Kleinman (1980) proposa una aproximació interpretativa mitjançant un concepte denominat *Explanatori Models* (EMS), constructe de gran utilitat, no tan sols per a la investigació etnogràfica en l'antropologia de la salut, sinó també per a la seva aplicació en l'anàlisi de la comunicació clínica. La patologia no és una entitat real, sinó un model explicatiu, una interpretació possible construïda en el context d'una cultura i, més específicament, en el marc d'una cultura mèdica determinada: la biomèdica.

Per a l'estudi de les nocions dels familiars, dels pacients i dels professionals, l'esmentat autor, amb la intenció de fer operatiu l'anàlisi de les nocions dels professionals i introduir-se en l'univers cognitiu de l'informant, proposa cinc possibles àrees temàtiques a tractar (Kleinman, 1980). Les esmentades àrees són l'etiologia, la simptomatologia, la fisiopatologia, el curs de la malaltia i el tractament, aspectes que encara que extrets del model biomèdic, constitueixen eixos temàtics per a la investigació etnogràfica. Tant el malalt com l'expert mantenen els seus models explicatius en relació als cinc aspectes tractats; en ocasions aquests són coincidents però en la majoria dels casos tenen diferències significatives en tots o alguns dels aspectes esmentats. Els EMS són instruments per al coneixement de les dimensions *emic* de les nocions, entre elles, aquelles que els seus propis actors tenen sobre els seus signes i símptomes.

El símptoma és, en aquest context d'anàlisi, un element de comunicació no verbal, entre la persona que experimenta una sensació de malestar i les persones del seu entorn que l'interpretaran i actuaran en conseqüència, tal com ens diu aquest autor:

*El síntoma es, de hecho, un artefacto comunicativo en donde se pone a prueba la pericia del afligido para movilizar a su red social o para negociar determinados privilegios con su determinado interlocutor. Por otro lado, el síntoma detenta un carácter dinámico más que estático, pues hay una continua retroalimentación entre emisor y receptor por lo que el segundo interpreta el primero y éste, tanto así mismo como a su destinatario. En esta dinámica el síntoma sufre transformaciones (Martínez, 1994).*

La importància del símptoma com a element de comunicació i interpretació pren especial rellevància en el cas de la depressió, on no sempre és possible identificar clarament la diferència entre signe o símptoma i passar de la interpretació de la queixa a la identificació de la malaltia. En aquest context, Fàbrega (1973) assenyala la dificultat conceptual entre els que entenen la depressió com un *síntoma* o com una *síndrome*; a més a més, subratlla la dificultat en distingir la conceptualització per part de la persona depressiva del patiment com a *lesió* referent a una patologia en els teixits cerebrals o com a *malaltia*, terme molt més ampli en el que estan incloses certes conviccions socioculturals envers l'experiència corporal, les emocions i els pensaments.

Les situacions de crisi en tots els grups poden ser contemplades com un itinerari; en concret, metges, sociòlegs i antropòlegs han proposat descripcions estructurades del què pot ser la *carrera moral* dels pacients (Goffman, 1968; 1980), així com de les conductes de l'entorn social dirigides a la recerca d'ajut al llarg del procés de la malaltia específicament, *l'itinéraire thérapeutique*. Ambdós són conceptes descriptius amb implicacions metodològiques vinculades a la idea del curs clínic i de l'anàlisi situacional desenvolupada per l'antropologia estructural dels anys cinquanta (Comelles et al, 1993).

Amb la finalitat d'analitzar, en el context de la malaltia depressiva, quina és la resposta institucional i quines són les condicions per les quals la persona serà assistible o no, utilitzarem el model d'anàlisi del procés assistencial (Comelles, 1985), on es distingeixen dues instàncies relatives al procés salut-malaltia. Una a nivell *ideològic*, formada per representacions, valors i actituds dels sectors socials implicats en el procés, i l'altra referida a la *praxis* i a la gestió d'aquest procés, formada pels comportaments, actuacions o gestions destinades a la utilització dels marcs institucionals o ideològics.

Quant al nivell ideològic en la nostra societat, l'acció sobre la salut s'exerceix en tres àmbits fonamentals: en l'entorn domèstic-familiar, en l'àmbit que implica la intervenció d'especialistes-mediadors i en l'àmbit institucional. De totes maneres, aquests tres àmbits no constitueixen un sistema rígidament jerarquitzat, sinó que actuen com un conjunt de medis inspirats per una ideologia o ideologies comunes i, a la vegada, amb importants contradiccions entre elles, en les quals domina l'intervencionisme assistencial.

En relació a la praxis, denominarem assistència al conjunt de pràctiques relatives a la salut, no tan sols tècniques o rituals, sinó a complexos processos de mobilització social, juntament amb consideracions ideològiques d'ordre ètic i moral per les quals una persona serà susceptible de ser assistida. La condició de *ser assistible*, segons aquest model, no dependrà tant del substrat biològic o psicològic, sinó fonamentalment de la decisió que la societat adopti en relació a la possibilitat que el subjecte rebi ajut o no; en aquestes condicions, el trastorn a tractar pot no ser una malaltia física, sinó que pot ser fruit d'una transgressió moral o ideològica, o bé del diagnòstic d'una situació social. Enfrontades a una situació anòmla respecte a la salut d'una persona, les famílies dels

malalts depressius posen en marxa el que es coneix com un procés de recerca d'ajut que passa per tres etapes: reconeixement del problema, decisió de buscar ajut i decisió d'aconseguir l'ajut necessari. Aquestes condicions, d'origen social, que converteixen la persona en assistible, es donen en unes coordenades històriques concretes i, per tant, irrepetibles. En el cas de la salut mental aquests aspectes es veuen més clars, fins i tot que en altres sectors de la vida social.

Per un altre costat, Sontag (1985), defineix la malaltia com una *metàfora*, a través de la qual els homes i les dones parlen dels seus conceptes de la societat i de les seves relacions socials. Després d'una interpretació social de la malaltia, resulta imprescindible que aquesta sigui contextualitzada per les relacions del grup humà respectiu i per les representacions socials d'aquesta mateixa societat que les fa metàfora. Així, la depressió seria segons aquesta autora la melangia sense els seus encants ni la seva animació:

*La enfermedad mental se relaciona con la metáfora en base a dos hipótesis, la primera es que cualquier forma de desviación social puede ser considerada como una patología, así si un comportamiento criminal puede ser visto como una enfermedad, no se debe condenar ni castigar a un criminal, sino comprenderlo, tratarlo y curarlo. Toda patología puede ser enfocada psicológicamente, si a la gente se le hace creer que se enferma porque subconscientemente eso es lo que quiere, que puede curarse con solo movilizar su fuerza de voluntad y que puede optar por no morir a causa de su enfermedad, las dos hipótesis se complementan mientras que la primera pareciera aliviar el sentimiento de culpa, la segunda lo reafirma (Sontag, 1985).*

Les metàfores influeixen sobre la persona que pateix la malaltia, la família i els mateixos professionals, és a dir, condicionen la vivència de la malaltia depressiva. En

relació als trastorns de l'estat d'ànim a la nostra societat, hi ha una certa tendència a veure una persona com a responsable de la seva malaltia, més si es té en compte la quantitat de llibres, revistes, articles divulgatius que presenten la *recepta* de com fer front a la depressió en quatre dies i viure feliç eternament seguint una dieta, pensant positivament o consumint certa quantitat d'un producte de moda.

Als anys setanta, la psiquiatria social va adoptar els termes de xarxa i suport social provinents de la sociologia i de la salut pública. L'ús de la xarxa social com a mitjà de suport social és positivament descrita pel nombre, la diversitat i la qualitat de les relacions socials i personals amb els altres; de totes maneres, no podem oblidar que aquesta relació està influïda per les dues parts que es relacionen i pel context social en què es dona aquesta relació. Gran part de la investigació que relaciona el recolzament social i la depressió és basa en la hipòtesi que la probabilitat de desenvolupar símptomes depressius és major en persones que tenen un suport social més feble; així, es considera que les xarxes de suport social tenen un efecte *buffer*<sup>27</sup> en relació al risc de patir una malaltia depressiva en presència de forts estressors ambientals, personals i familiars.

Dins de les xarxes de suport social, la família és la que té una relació més directa amb el benestar de la persona en l'adaptació a les situacions d'estrès i en el procés de salut-malaltia. Així, Bott (1990) marca els aspectes que fan referència a la nomenclatura bàsica sobre xarxes socials i família. També Harris (1986) parla dels contextos bàsics de la família en la societat industrial i de la forma d'articulació del grup domèstic en relació als altres grups socials i a les altres esferes de la vida institucionalitzada. En

---

<sup>27</sup> La hipòtesi *buffer* planteja que el suport social protegeix les persones de les influències potencialment negatives dels aconteixements estressants i no té un efecte causal directe.



aquest cas, cada família és un subgrup de cultures diferents en les seves normes i formes d'afrontar els problemes, incloses les emocions desagradables. El grup familiar és el que ensenya a diferenciar entre el malestar físic o psíquic, i estructura el sistema de valors de l'individu, en el qual s'inclou l'educació en la forma que és adequada o no l'expressió dels sentiments a partir d'un malestar físic o psíquic, així com la predisposició negativa o no envers els trastorns de salut mental.

Creiem que encara que, tradicionalment, s'ha considerat la importància teòrica de la família en l'atenció al malalt mental, tant a nivell de l'atenció primària com de la salut mental, s'ha intervingut quasi exclusivament sobre el pacient, i l'atenció a la família ha estat considerada de forma col·lateral, responsabilitzant-la sovint del trastorn psicopatològic des d'una perspectiva lineal. Aquest concepte d'intervenció però, va canviar a partir dels anys 60 amb la formulació de la teoria general de sistemes (Bertalanffy, 1979), en la qual el concepte lineal d'intervenció familiar és substituït pel de causalitat circular, en la qual es considera que la conducta de malaltia d'un dels membres de la família afecta als demés i, al seu torn, les respostes dels altres membres influeixen en el subjecte assistit. D'aquesta forma, es desenvolupa una cadena circular i contínua d'interinfluències recíproques, d'especial rellevància per aplicar-les a l'estudi i a la intervenció dels problemes de salut mental.

En aquest sentit, resulta cabdal la consideració de les variables familiars en el moment de donar suport en situacions de dificultat, com pot ser la malaltia depressiva, i considerar-la una unitat d'atenció bàsica des d'una perspectiva biopsicosocial. Així, veiem que, encara que l'atenció a la família en psiquiatria no és nova, s'intenta en els últims anys recuperar l'entorn familiar en l'assistència i tenir en compte no tan sols

l'individu sinó la seva pròpia família, considerant que aquestes variables interactuen mútuament en el procés de salut i malaltia.

Per finalitzar des del nostre punt de vista, la malaltia depressiva -en totes les seves formes clíniques- no és un trastorn que pugui ser tractat de forma aïllada de l'entorn. Creiem, pel contrari, que existeixen punts d'articulació claus ubicats en la intersecció de dos o més fenòmens tals com la dinàmica familiar, l'educació, el treball, els mitjans de comunicació, els amics, l'organització econòmica i la política. Aquests punts d'articulació són formes d'organització social mitjançant els quals la societat en el seu conjunt apareix representada; en cada forma d'organització social apareixen diferències marcades en tot allò que fa referència a la subjectivitat i a la seva patologia. Consegüentment, aquests punts d'articulació, entesos com a formes d'organització social, són punts claus per a l'acció en salut mental, ja que en ella s'estructura, desestructura i reestructura la subjectivitat de les persones.

## Mètode

*El quien sea usted y en donde esté dentro de tal mundo tiene un papel en la creación de este mundo y en la configuración de los cristales de colores con los cuales usted ve y él (el otro) lo ve a usted (Schwartz i Jacobs, 1984).*

Per tal de dur a terme la investigació que hem assumit, creiem fonamental no oblidar que el paper adoptat per l'investigador/a sobre el terreny de camp és un dels factors determinants del quadre general que ulteriorment extraurà del món social que estudia.

Així Schwartz i Jacobs (1984), estableixen tres tipus d'observació participativa: l'investigador, conegut pels altres com un científic social, que es limita a observar i a recollir informació, o bé el científic social, que fa saber la seva identitat des del començament a tothom i adopta el paper d'un membre de bona fe per tal d'obtenir la perspectiva d'aquells que l'envolten i, en darrer lloc, el científic social desconegut per la resta d'individus amb qui conviu, que adopta el rol i la forma de vida d'aquests sense cap intenció explícita prèvia d'observar o recollir informació.

Com es pot veure, els dos primers tipus esmentats pertanyen a una modalitat descoberta d'investigació, mentre que el segon respon a un model encobert o secret. La fórmula aquí adoptada s'ajusta a la primera d'aquestes variants, és a dir, es planteja com una investigació qualitativa de caràcter descobert, no restringida a recollir informació o a observar fredament, sinó que inclou la interrelació amb el grup estudiat així com la representació externa parcial i sense compromís d'un paper marginal o preestablert. D'aquesta manera, i malgrat que realment tota investigació és, en alguna mesura, secreta o encoberta perquè als informants mai no se'ls comunica tot (Tylor i Bodgan, 1992), la meua intenció de partida ha estat esdevenir part coneguda en el Centre de Salut Mental i en el Centre d'Atenció Primària, de ser acceptada sota aquesta identitat, mantenint a la vegada una actitud d'honestedat i de respecte envers els seus integrants.

En el meu cas em semblava imprescindible adoptar aquesta variant, donat el meu rol un tant atípic com a investigadora social. A més a més, hi havia una certa dualitat a causa de la meua formació multidisciplinar -com infermera i psicòloga-, que si bé em permetia copsar la realitat des de diferents angles, a la vegada corria el risc de fer la meua estada al camp un procés desmembrat. Així i doncs, des de la perspectiva de professional de la

salut m'interessava pels aspectes de tenir cura del pacient i de la família, i, en l'altre cas, com a psicòloga tenia tendència a posicionar-me envers constructes teòrics de la malaltia depressiva. Addicionalment, no podia oblidar que com a investigadora social havia de ser tan neutra com fos possible, ja que sinó corria el risc de fer una investigació molt parcialitzada -sobretot si tenim en compte que l'objectiu d'aquest treball era copsar des de la perspectiva *emic* la vivència de la malaltia depressiva-, la qual cosa m'obligava a oblidar-me del rol terapèutic al qual estava avesada, alhora que havia d'aprendre la manera d'observar la malaltia com a experiència del pacient i del seu entorn familiar, intentant copsar els aspectes implícits del patiment sense intervenir i essent el més objectiva possible.

En relació al seu disseny, la recerca va començar el setembre de 1994 i es va dur a terme en un aleshores denominat Sector de Psiquiatria, actualment Centres de Salut Mental (CSM) de la Regió Sanitària set, que comprèn l'àmbit territorial de la població de Tarragona, barris de la zona sud i vint-i-cinc municipis del Tarragonès. Cal subratllar el fet que s'obvia el nom del centre per tal de protegir la confidencialitat dels informants.

La recerca té tres moments concrets, amb característiques cojuturals i estructurals diferents, cosa que ha provocat l'adaptació del procés metodològic a les variants del camp sense perdre de vista els objectius de la investigació. S'ha intentat que aquests canvis no fossin un inconvenient sinó un recurs que em va permetre allunyar-me de l'empareda institucional a favor d'una major objectivitat i neutralitat, encara que això alentís el procés de la recerca. A més a més, això ha permès introduir una anàlisi longitudinal en el procés de la recerca.

PRIMERA ETAPA. La meva estada al CSM es va perllongar uns tres mesos i em va permetre realitzar les primeres entrevistes als pacients i als seus familiars diagnosticats de depressió des de l'any 1992 i que encara seguien en tractament. La metodologia utilitzada era l'entrevista en profunditat amb els pacients tractats per depressió. L'inici de la recerca va ser una època molt productiva, realitzant-se vint entrevistes en profunditat i sis visites domiciliàries, amb un intens treball individual i un remarcable suport institucional.

En aquesta etapa la manera de posar-nos en contacte amb els informants era a través d'una trucada telefònica als usuaris que havien estat elegits *a priori*, per tal de sol·licitar la seva col·laboració com a informants i proposant-los venir a parlar sobre les seves vivències en relació a la depressió.

SEGONA ETAPA. S'inicià l'any 1996, participant com a observadora en les entrevistes realitzades pel sector de psiquiatria; al mateix temps, vaig aprofundir en les entrevistes dels familiars informants que havia conegut a la primera fase amb l'objectiu d'introduir una perspectiva longitudinal en l'estudi de les seves vivències. La meva estada al camp va durar un mes.

TERCERA ETAPA. S'inicià l'estiu de 1997, aquesta vegada en un lloc diferent ja que vaig deixar la clínica antiga per passar a un CSM de disseny avantguardista, donat el fet que, finalment, l'atenció psiquiàtrica quedava englobada dins de l'atenció general de salut en compliment de la Ley General de Sanidad. Al mateix temps, vaig iniciar el contacte amb el Centre d'Atenció Primària (CAP), ampliant el nombre de persones amb depressió que eren tractades al centre de salut mental per metges i infermeres

generalistes. La idea va sorgir amb la finalitat de poder captar més informants alhora que permetia, al no estar emmarcada l'entrevista dins de l'àmbit propi del CSM, un discurs més lliure a alguns informants i als seus familiars sobre tractaments, atenció psiquiàtrica i experiència amb diferents professionals.

El contacte amb l'informant es feia a través de la proposta del psiquiatre o del metge generalista dels centres durant la visita. Si la família acceptava col·laborar amb la recerca, se'l citava per a començar les entrevistes. En aquesta etapa es va continuar amb les entrevistes en profunditat amb pacients i familiars depressius, alhora que es van iniciar grups de discussió de professionals de la salut especialitzats o generalistes per a poder contrastar els conceptes que ells tenen sobre la depressió, així com les seves idees sobre les relacions personals, familiars i institucionals.

## Objectius i hipòtesi

L'objectiu primordial de la recerca és etnogràfic, és a dir, es descriuen les vivències personals i familiars de les persones diagnosticades de depressió per a conèixer els factors socioestructurals i ideològics més significatius en el tema de la depressió.

Els interrogants inicials de la recerca giren entorn a tres aspectes bàsics:

- 1) La descripció i la interpretació dels factors socials i ideològics que acompanyen la vivència de la malaltia depressiva: En aquest sentit, s'intenten identificar les idees que la persona i la seva família tenen entorn a la malaltia,

la percepció que la persona malalta té de si mateixa, la modificació que s'ha produït a causa de la malaltia en les relacions familiars i socials, així com les experiències del malalt i de la família en els diferents serveis i institucions sanitàries.

- 2) La identificació del procés assistencial i l'itinerari terapèutic dels pacients: Es tracta de veure la malaltia depressiva com a construcció social, començant per la fase de prepacient seguint pel procés de recerca d'ajut i acabant pel procés de recuperació, considerant que la malaltia depressiva pot tenir un doble vessant, la forma aguda i la forma crònica. Els interrogants plantejats entorn a l'itinerari terapèutic girarien entorn de quins fets o circumstàncies socials o individuals fan que una persona decideixi en un moment determinat demanar ajut. Es tractava de conèixer, també, quins eren els signes o símptomes que més habitualment presentaven les persones de la mostra i què feia que la malaltia deixés de ser una experiència individual per a convertir-se en un fet social i, en darrer terme, quins eren els professionals implicats en aquest procés.
- 3) Copsar les diferents variables de la relació entre la malaltia depressiva i la vida familiar: Es volia observar la relació entre l'entorn familiar i la manifestació i el desenvolupament de la malaltia depressiva, alhora que es volia estudiar com aquesta influeix en l'entorn familiar. Ens plantejàvem diversos interrogants entorn a l'impacte de la depressió en el sistema familiar: quins/es persones ajudaven o desajudaven en el cas de la depressió, què implicava el fet d'ajudar i com aquest ajut podia estimular o frenar el procés de recuperació. Un altre interrogant era esbrinar, d'alguna manera, els conceptes culturals i ideològics que la família tenia en relació al trastorn depressiu, la qual cosa podia influir en la manera de viure l'experiència diària en el si familiar.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
FACULTAT DE LLETRES  
DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I FILOSOFIA

**DEPRESSIÓ I FAMÍLIA: Factors socials i ideològics en  
la vivència personal i familiar de la malaltia depressiva**

**CARME FERRÉ i GRAU**

**Tesi presentada per optar al grau de doctor**

**Director: Dr. Josep Maria Comelles Esteban**

**TARRAGONA , 1999**



## QUI EN TÉ CURA?

En aquest capítol s'aprofundeix en el coneixement de la dinàmica que s'estableix entre les persones que tenen la responsabilitat del cuidatge dels pacients depressius i, especialment, de les relacions que s'estableixen entre la persona que cuida i la que és cuidada per un trastorn depressiu.

Si bé, es proposava fer una entrevista amb tots els membres de la família, els que habitualment venien eren les persones que estaven més implicades en els aspectes de tenir cura de la persona depressiva, distribució bastant representativa de la realitat, observant-se una clara predominància del sexe femení en el cuidatge de la persona amb depressió, essent aquesta una dada que coincideix amb diferents autors (Rodríguez 1994, Comes 1993), on es pot observar la implicació del sexe femení en el cuidatge de la persona malalta o en les diferents situacions de la vida en les quals es necessita atendre la persona.

Pel que fa al cuidatge de la persona amb un trastorn depressiu, en la majoria dels casos de la mostra, la prioritat de l'atenció física i/o pràctica, és molt diversificada en relació amb els altres aspectes de l'atenció més relacionals o emocionals. Habitualment s'estableix l'esquema d'una persona que assumeix els aspectes pràctics de la vida diària -funcions que a causa de la depressió no es poden dur a terme, com anar a buscar el pa, fregar el terra, tenir cura dels fills, etc...-, i un altre que està al seu costat, l'escolta, la distreu, l'anima, la treu a passejar, és a dir li dóna un suport afectiu. Això es veu especialment quan la persona depressiva és una dona, habitualment és consolada,

escollida i compresa per una altra dona, encara que aquesta visqui en parella o estigui casada, malgrat que la parella de la depressiva pugui assumir els aspectes pràctics, sobretot si la depressió és de llarga durada i la pot compaginar amb les seves tasques laborals.

Tot i que els casos de la mostra són diferents, es va veure una certa relació entre el rol familiar de la persona tractada per depressió i el rol familiar de la persona que tenia la responsabilitat del seu cuidatge.

**Taula núm. XVII.- Rol familiar del que té cura del malalt depressiu**

Rol familiar del depressiu	Rol del familiar que en té cura
Mare amb fills grans	Filla (gran o petita)
Mare amb fills petits	Mare/ o germana
Marit/ company	Esposa/ companya ajudada eventualment per una filla
Fill/a solter/a	Mare ajudada eventualment per una germana i/o el pare

En el cas de les dones de la mostra amb filles grans, és la filla de més edat qui habitualment assumeix la tasca principal de les cures de suport, trobant de vegades una gran simbiosi entre el patiment de la mare i la implicació de la filla en el procés depressiu, encara que visquin separades. Les filles grans assumeixen sovint no tant les tasques pràctiques, que poden ser realitzades pel marit, especialment si aquest no té una vida laboral activa, sinó les de companyia, escolta, seguiment, acompanyament al metge o a "Lourdes", tot allò que creu que necessita la malalta depressiva, és a dir: la responsabilitat afectiva de les cures. De vegades, si la filla petita s'ha quedat soltera o ha viscut molt de temps amb els pares és la que s'encarrega de tenir cura de la mare,

observant-se en aquests casos una dificultat per poder independitzar-se. En el cas de tenir diversos fills i sols una filla, qui en té cura, preferentment, és la filla, independentment del lloc que ocupi entre els germans.

Les filles apunten en les entrevistes que la parella de la malalta, marit, company, no és una persona adient per fer-se càrrec de la situació, perquè no entén què és la depressió o perquè és massa feble psicològicament; insinuen que si fos capaç de comprendre la situació, possiblement la seva mare no estaria deprimida tant de temps. Si la filla considera que la relació dels seus pares, des del seu punt de vista, és bona s'insinua en mig del discurs que, a pesar de la bondat del pare-company, existeix una incapacitat d'aquest per imposar-se. En canvi, si valora la relació dels pares com a negativa, la crítica fa referència a la incapacitat del pare per ser sensible a la situació plantejada per la malaltia de la mare.

Les filles encara que estiguin casades i no visquin a la mateixa llar, han estat socialitzades per tenir cura de la mare, i en la majoria dels casos es crea un alt grau de dependència emocional i existencial entre la persona tractada i la que es responsabilitza del seu cuidatge. En aquestes filles, si la situació és de llarga durada, sovint se'ls planteja un conflicte de compromís entre la família d'origen i la família pròpia que, de vegades, es resol tenint cura primer i per damunt de tot, de la mare i deixant de banda la cura de la pròpia família.

*"Fa poc el meu fill va tenir una criatura i jo amb molta il·lusió vaig anar a cuidar la nora i el meu net a C...., em feia molta il·lusió ja que era el meu primer net, però al trucar a casa em vaig assabentar que la meva mare tornava a estar amb depressió, vaig haver de tornar.../... ja sé que vosaltres la cuidàveu bé -referint-se al seu germà i a la seva cunyada que viuen a prop de la malalta- però jo no estava tranquil·la, em va saber molt de greu haver-me separat del meu net però amb aquesta situació no puc anar enlloc. El meu germà i la meva cunyada viuen al pis de dalt del xalet de la mare i jo sé que no li faltaria de res, però jo no estic tranquil·la, això és una cosa que no s'hi pot fer més, es porta a dins, en canvi, ella -referint-se a la malalta depressiva- encara té la seva mare que és molt gran i viu a fora amb la meva tia, té quasi cent anys i l'altre dia va caure, la meva tia ens va trucar perquè anéssim a veure-la, doncs es pensava a lo millor sent tant gran d'aquesta no se'n sortiria. La meva mare alhora d'arreglar-se per anar-hi amb els meus germans i amb mi, ens va dir que no hi podia anar perquè es trobava malament i al final no va venir a veure a la seva pròpia mare -afegeix- jo això no ho podria fer". (Filla Pacient 300.4)*

D'altres ho viuen més temps i menys preocupacions familiars i ho viuen d'una manera més esportiva, com és el cas d'aquest informant:

*"Jo no tinc fills, però de vegades em sembla com si portés dues vides, la meva pròpia i la de casa dels meus pares. No obstant, jo ho porto bé ja que el meu marit va a torns i puc arreglar-me-les sense molestar-lo massa; però les meves amigues em diuen -jo! Sempre estàs amb la teva mare- elles no entenen que vagi cada dia a veure la meva mare, però si no hi vaig no estic tranquil·la. Jo m'ho prenc bé, penso hi ha dones que porten una doble vida perquè tenen un amant, doncs jo tinc les preocupacions de la meva casa i de casa dels meus pares. El meu germà és d'una altra manera, ara viu amb els meus pares, doncs està separat, però ell no es preocupa de res, passa de tot, i lo bo és que és la nineta dels ulls de la mare". (Filla Pacient 300.4)*

En els casos en què es donen, a causa de l'edat, relacions trigeneracionals es fa palès el conflicte entre el desig i l'obligació de tenir cura de la mare, i la certesa d'estar descuidant les obligacions en la família pròpia. Aquest procés no és aliè a conflictes, contradiccions i retrets a tots els nivells i es realitza molt més enllà de la creença en la depressió com a malaltia o no. S'emfatitza a més a més, la falta de reciprocitat en el procés, ja que sovint la persona que en té cura creu que ella no rep el reconeixement desitjat per la seva tasca. Molts d'aquests conflictes en l'àrea de la vida quotidiana, passen de senzills problemes de convivència a fets que han estat considerats com una veritable renúncia. Una de les causes a les quals s'atribueix aquest fet, que el mateix informant veu com a desmesurat, és la referència a l'obligació moral o social.

Els professionals, especialment els metges de capçalera, també poden contribuir a fomentar aquest sistema i així fer comentaris sobre l'avinença o no del comportament que mostra el familiar que és responsable del cuidatge i la relació que estableix en la persona tractada per depressió:

*"El otro día entraba en el ambulatorio y salía mi médico de cabecera, me dijo S... no le hagas caso a tu suegra, hoy ha venido a verme y otra vez está muy mal, a ver si ahora que tu estás mejor para ayudarla a ella ,volverás a recaer". (Nora Pacient 300.4)*

En tres casos de la mostra en què no s'observa tan clarament aquesta vinculació afectiva mare depressiva-filla, en fer una anàlisi biogràfica es pot observar sovint un conflicte molt antic que sembla estar interferint el procés de les cures i evitant les conseqüències positives i negatives de la implicació emocional en el cuidatge d'una mare depressiva i

que només es pot vèncer quan la situació que requereix l'atenció és molt més objectiva, com pot ser una malaltia física greu:

*"Era una persona molt alegre i molt especial. Quan la va deixar el meu pare va començar a canviar-li el caràcter, tres anys després de la separació va morir la meua germana que tenia sis anys, a mi em va internar al col·legi E... amb nou anys. Havia de conservar la seva pena, estar sola i plorar i, és clar, jo li feia nosa. Si em queixava ella deia -"vés pobreta està morta i encara tens gelosia d'ella"- o -"No puc ni menjar per pagar-te una bona ensenyança". Ella es guanyava la vida cosint i no era gaire rica però si feia tot aquell sacrifici econòmic era perquè li feia nosa i se'm volia treure del damunt - Ho diu amb ràbia- Jo m'ho passava molt malament a col·legi, doncs era molt rebel i les monges no m'entenien, després als tretze anys em va treure i vam viure juntes fins que em vaig casar (...) La seva malaltia no l'entenc, quan està pitjor m'altero només veure-la, està tot el dia queixant-se i dient que es vol morir i que li fa mal tot..., però a mi no me'n fa gens de llàstima, ben al contrari, com més es queixa més ràbia em fa (...) Quan em va fer llàstima va ser quan va estar malalta dels pulmons i quan no es pot moure per culpa de l'artrosi, en aquells moments em fa llàstima i la cuido, però quan la veig plorar o al sofà queixant-se l'agafaria pel coll i la mataria". (Filla Pacient 300.4)*

Un fet curiós que s'observa a més a més, és que si bé en altres malalties o situacions de la vida, com pot ser l'envelliment, és també una obligació femenina el fet de cuidar, en el cas d'haver de cuidar els fills aquests deleguen les seves obligacions als seus cònjuges i aquests assumeixen tots els aspectes de les cures. En el cas de la depressió s'apunta a les entrevistes que, en aquesta situació, les nores difícilment poden assumir ni entendre la depressió de la seva sogra i, per tant, en cas d'assumir la cura, ho fan només en els aspectes més pràctics: rentar la roba, fregar, anar a comprar, sovint no se les creu adients en el seu paper de suport emocional, com ara escoltar-les, sortir a comprar juntes. A

l'inrevés també s'ha observat, així doncs es diu que la sogra tampoc es veu la persona adient per fer-se càrrec de la depressió de la seva nora.

Les dones depressives de la mostra amb fills petits o sense fills habitualment són ateses per les seves mares, de totes maneres, si la mare és molt gran, no en té, no es troba en condicions de cuidar-les o no hi ha una bona relació afectiva es passarà la responsabilitat a les germanes; en el cas que tinguin varies germanes, triaran de preferència la que hagi passat per una experiència similar, les veuen més preparades o aptes per poder-les entendre. Les unes i les altres, normalment, estan disposades a tenir cura d'elles, encara que els suposi abandonar les obligacions quotidianes o problemes de lleialtat amb la seva pròpia família. Aquest fer-se'n càrrec també implica, en molts casos, tenir cura dels fills/es de la persona tractada, sinó en els aspectes més pràctics sí escoltant-los, acompanyant-los a l'escola o al metge etc.:

*"Cuando ella está enferma estamos un poco todos con la depresión; si está muy mal se viene a vivir a mi casa, pero es muy difícil de llevar. Yo procuro no contrariarla, pero ella dice cosas que te hieren. Se vuelve muy egoísta y no piensa en nadie más que en ella misma, yo le digo "esto te pasa porque no nos quieres, si nos quisieras desearías vivir,...tienes dos hijas y debes vivir", ella contesta que ya las cuidaré yo.../ la última vez que estuvo en casa mis hijas le cogieron celos y la trataban con poco respeto.../ su marido se llama Angel y hace honor a su nombre, pero claro para estas enfermedades no sirve...Su hija hace poco tuvo una anorexia, llegó a pesar cuarenta kilos y estuvo muy mal, ella casi no se enteró, para no preocuparla mi hermana y yo nos hicimos cargo de la situación y aprovechando que estaba pasando el verano en París con mi otra hermana, la ingresaron allí. Ahora gracias a Dios, ya está mejor".*  
Tant la malalta com la seva filla estaven presents a l'entrevista i estaven d'acord amb tot el que deia la seva germana. (*Germana Pacient 300.4*)

En aquest altre cas també qui tenia cura de la pacient era la seva germana, ja que per l'edat no tenia mare i tampoc fills; s'observa però, un discurs no massa diferent dels que hem vist fins ara creant-se una gran vinculació emocional entre la germana que cuida, i la malalta, ja que en aquest cas la persona tractada no tenia fills. Com veiem aquestes relacions, tampoc estan exemptes de retrets i contradiccions:

*"Sin saber cómo, hace un año me separé de mi marido; en parte la culpa de la separación la tiene mi hermana porque cuando ella estuvo enferma y se vino a vivir a mi casa, mi marido se ponía muy nervioso..., él, es que es muy catalán y siempre chocaban por todo, incluso para ver las noticias, el quería ver TV3 y ella le chinchaba continuamente, estaban continuamente peleándose y al final se fue a vivir a Barcelona.../ella es que es muy egoísta: "póngalo en letras muy grandes", no haría nada por mí de lo que yo estoy haciendo por ella, pero si le pasara algo nunca me lo podría perdonar". (Germana Pacient 300.4)*

S'ha d'assenyalar que en el cas en què sigui la germana del marit-company i no el de la pròpia malalta la qui assumeix l'acompanyament en les cures, s'observa una major tensió del nucli familiar ja que la cunyada sovint qüestiona la validesa de la malaltia depressiva, i indirectament la feblesa de la persona que la pateix i de la seva parella per permetre que la situació s'allargui. En relació a les qüestions pràctiques, acompanyar-les al metge, ajudar-les en la feina, fer-se càrrec dels fills, acompanyar-los a l'escola..., no s'observa diferència.

Quan a la família hi han hagut diferents casos de depressió, el fet de tenir-ne cura s'estableix sobre la base del compromís previ, és a dir, el fet d'haver cuidat portaria l'obligació de cuidar, i sovint el no compliment d'aquesta norma porta un conflicte de lleialtats entre el que s'ha fet i el que s'espera rebre per part de l'altre. Exemple: mare que



ha tingut cura de la filla s'espera que aquesta tingui cura de la mare, no obstant sovint això es un factor de risc per tornar a patir la malaltia.

Així hi haurà pares, mares, fills/es, germans/es indignes quan la persona creu que els familiars no s'han portat amb ella com era d'esperar, d'acord amb el rol que tenen assignat i considerant el tracte que prèviament han rebut. Tant el malalt com el seu entorn actuen segons la manera d'afrontar la vida amb o sense depressió, és enganyós en aquest sentit, atribuir unilateralment a la malaltia el conjunt d'idees, comportaments i actituds dels pares respecte als seus fills. En canvi, sí que constitueixen les situacions i representacions mitjançant les quals es fa front a la depressió i permet avaluar-la positivament o negativa.

Si en té cura la mare, aquesta es fa càrrec de totes les tasques tant les materials com les efectives, ajudada pel pare de la malalta:

*"Quan està més malament, anem el seu pare i jo al mati al xalet i ens hi estem fins al vespre per tal de poder cuidar-la i fer-li companyia, doncs el seu marit treballa tot el dia, però se'ns fa molt difícil veure-la tan jove i amb aquells ulls tan tristos, feta un nus al sofà una hora rera l'altra, l'última vegada quan es va posar millor, jo també vaig tenir que tractar-me per depressió, tant d'anar amunt i avall al final em vaig desorientar (...) de vegades el seu pare i jo comentem si lo que li passa a la "nena" no serà de tenir-la tan mimada, perquè tant el seu pare com jo sempre estem per ella, de vegades m'agafen ganes de dir-li "nena espavila't per a veure si reacciona". (Mare Pacient 300.4)*

He observat en cinc casos de la mostra que una mare que ha tingut cura de la filla amb un procés depressiu, presenta al cap d'un temps de fer-se càrrec de la situació familiar,

síntomes de depressió també ella, potser a causa de la forta implicació emocional, en un moment de la vida en què no es trobaven en bones condicions físiques i psíquiques i per tant els suposava un gran esforç. En algunes famílies es pot observar varies vegades aquest cicle depressiu, especialment en dos casos de filles tractades en què la depressió era recurrent i, portaven en tractament quasi deu anys. La mare tenia cura de la filla posant-se posteriorment malalta, quan aquesta estava millor, el procés s'invertia, i així successivament.

Si el marit-company és el depressiu la cosa canvia, tant les tasques pràctiques com les tasques de suport les assumeix la seva dona o companya, encara que tingui a més obligacions laborals, ajudada eventualment per alguna filla o per la seva pròpia mare, però aquesta en cap moment renunciarà a les seves tasques habituals; més aviat la filla/es o la mare col·laboren en el paper de donar-li suport en la sobrecàrrega afectiva que suposa la tasca de cuidadora principal. En el cas què la depressió comporti problemes econòmics la mare de l'afectat pot ajudar a solucionar-los però afectivament sempre es manté en un segon pla.

*"No sé ni cuando empezó su enfermedad, yo siempre lo he visto más o menos igual, cuando eres joven no haces caso de nada(...), cuando tenía aproximadamente veinte años, y aún estábamos solteros, me llamó mi suegra y bajé, ya lo habían bajado de la horca, yo ya no pude ver nada - el pacient està diagnosticat de depressió i ha tingut quatre intents d'autòlisis al llarg de la seva vida -. Mi hermano ya me dijo que no me casara con él, pero yo pensé que eran cosas de la edad y de no tener una familia como Dios manda(...), se enfada por todo, pero yo siempre le doy la razón para no contradecirle y no ponerlo más nervioso, es como si en vez de tener tres hijos hubiera tenido cuatro, le trato como a un crío, le tengo muy mimado, delante de él no hablamos de la enfermedad para no contrariarle, yo a mis hijos intento no molestarles*

*con mis problemas ni le explico a nadie lo que nos pasa, ya que bastante tienen ellos con tener un padre así, como para que encima tenga que estar incordiándoles, con mi hija cada día nos vemos al ir a comprar al mercado, pero yo no le cuento nada de la situación familiar, ya que ella ya la ha vivido y ahora que tiene su propia casa no quiere saber nada". (Esposa Pacient 296.2)*

Si el marit pare és el depressiu, el relat de la mare va més centrat a protegir els fills dels efectes negatius que es pensa que pot ocasionar la malaltia depressiva, més que pressionar-los perquè col·laborin amb les tasques del cuidatge, el discurs es basa en fets on s'intenta que els fills no visquin excessivament preocupats per la malaltia i en el seu relat s'explica que es fa un esforç perquè aquests fills/es puguin continuar la seva vida d'acord amb la seva edat, sexe i nivell cultural, malgrat les dificultats familiars.

Quan el depressiu és el fill/a i no té parella, normalment és la mare qui té cura d'ell/ella en tots els aspectes, recolzada eventualment per alguna de les germanes, especialment en el paper de donar suport a la mare. En aquest cas sí que hi pot haver certa crítica en relació a la seva atenció per altres membres de la família, altres germans, gendres, etc. que poden creure que l'actitud de la mare pot allargar el procés depressiu del fill/a:

*"Es una enfermedad muy mala por que no se ve y en cambio el sufre mucho, antes era una persona que salía poco, pero en su habitación con el ordenador, la música y los libros era feliz, pero no estaba ni triste ni desesperado, ahora tiene la vista fija en un sitio, la cabeza agachada y la tele encendida sin mirarla. Hace poco me jubilé y le dije - mira ahora tendré más tiempo para cuidarte- y él me contestó -nada de esto arregla nada-; para cuidar a estos enfermos hay que ser un poco fuerte, ignorar que están enfermos; yo he aprendido a hacer de todo, lo que más me molesta es cuando me desprecia la comida (...); mi yerno me dijo que él estaba así por que yo estaba demasiado encima de él, que lo tendría que dejar más libre". (Mare Pacient 300.4)*

En aquests casos s'observa una gran sobreimplicació emocional, amb excés de protecció i sentiments de culpa i s'acompanya sovint de l'abandó per part de la mare d'altres activitats per centrar-se quasi exclusivament amb la problemàtica del fill, cosa que augmenta el patiment d'ambdós.

### Sobre els fills des d'una perspectiva evolutiva

Quant a la relació entre uns pares amb una malaltia depressiva i els seus fills petits, observem una repercussió diferent des del punt de vista dels fills si el malalt és el pare o és la mare. Si és la mare, les filles expliquen com es van delegant tasques i rols a la/es filla/es més grans, per exemple se li exigeix que faci el menjar, la neteja després de sortir de classe, fer-se càrrec dels germans petits, a la vegada que se la fa responsable del benestar de la mare. Si és el pare el depressiu, encara que el procés sigui igualment de llarga durada, les tasques i rols que no pot assumir a causa de la seva malaltia, és la mare qui les assumeix, així la repercussió sobre la vida diària i les activitats dels fills/es és explicada amb menys intensitat per part d'aquests.

Quan el procés depressiu és llarg, es constata, per part dels fills, que sovint el fet de tenir cura implica no sols un canvi en les obligacions i tasques que la persona no pot realitzar de forma regular pel fet d'estar malalta, sinó també un canvi en els papers familiars, definint aquest concepte com el lloc i la significació que ocupa una persona dins la família. Els membres de la família sovint expliquen que, pel fet de cuidar, a més d'haver

d'assumir noves tasques a les ja habituals, han hagut de modificar els seus papers; així han hagut de fer de mare i de pare, de fer de mare essent una filla etc., aquests fets es presentarien com immodificables i inevitables. No és el mateix si el malalt és el pare, ja que en cap cas he observat que es digui que és la manca de comprensió i de cures per part de la mare, pot ser la responsable de la malaltia i de la seva evolució; en tot cas, s'insinua, que potser, el pare s'està aprofitant de les cures de la mare i allargant, per tant la seva depressió.

Quan la malaltia en una mare és recurrent i per tant, el fill/a explica la vivència d'aquesta a partir de una perspectiva evolutiva, va explicant a través dels records i anècdotes els fets que per a ells han sigut més representatius en relació al cuidatge d'una mare depressiva; en la infància, habitualment, assenyalen la dificultat que tenia la seva mare per manifestar l'afecte; donant molta importància al fet de la manca del contacte físic amb ella, o de l'alternança entre l'expressió desmesurada d'afecte, per una part, i el rebuig del contacte per un altre; sovint aquesta manca d'afecte o contacte, és substituïda per una germana més gran:

*"Jo penso que la meva mare ha estat malalta des de sempre, jo de la meva infància recordo molt poques coses, però una de les coses que recordo és que la meva mare mai em va pujar al coll -repeteix- no recordo estar mai en braços de la meva mare i això per una persona penso jo que és molt important, quan ets gran es quan et dones compte de la importància que pot tenir, jo ara que tinc fills i els veig als braços de la meva dona penso que la malaltia de la meva mare m'ha condicionat molt, en tots els aspectes i des de sempre encara que no ens acabem de donar compte". La germana present a l'entrevista afirmava amb el cap. (Fill Pacient 300.4)*

Especialment les filles expressen les dificultats que els suposava haver de realitzar feines o assumir rols que elles creien que no eren adequades per a la seva edat, especialment si es tenien altres germans més petits. Apareix sovint en el relat dels records referents a aquella etapa evolutiva el sentiment de solitud experimentat, quan la seva mare, a causa de la malaltia, no els podia acompanyar a les activitats que es realitzaven al col·legi o altres àmbits de relació, partits de futbol, final de curs, acompanyant-les sovint les mares d'altres amigues, veïnes o tietes; tanmateix elles afegeixen que el pare no pot acompanyar-les la majoria de les vegades a causa de les seves tasques laborals.

Alguns expliquen, directament o indirectament, evitar portar amics/gues a casa, doncs consideraven que la seva família estava afectada i no estaven segurs de com reaccionaria la seva mare aquell dia, essent conscients que aquest fet els ha pogut facilitar en alguns casos l'aïllament dels seus companys i omplien el seu temps de lleure amb activitats individuals, com pot ser recloure's en l'ordinador, o d'altres reconeixien un sobtat interès per l'astrologia.

En l'etapa de l'adolescència, els fills expressen sovint un sentiment de diferència en relació als companys del seu grup d'edat, per una part, diuen sentir-se dividits entre l'interès per les qüestions relacionades amb la seva edat, concerts, vestits i, l'obligació de comportar-se com adults, responsabilitzant-se d'unes tasques diferents a les dels seus companys. Aquesta càrrega familiar rara vegada es comparteix amb els companys i ni se'n parla, encara que els amics amb els quals es manté una relació més estreta ja n'estiguin assabentats.

En l'edat adulta, es posa l'accent del relat en les dificultats que suposa la sobrecàrrega de fer-se càrrec de les seves pròpies obligacions a més de les de la seva família, encara que diuen que elles, aquest fet, el veuen com a inevitable.

### Sobre les relacions de parella

Quant a les dificultats expressades en conviure amb una persona depressiva es veuen diferències per sexes: l'home posa més èmfasi en el relat de les dificultats que li suposa haver de fer-se càrrec d'aspectes més aviat pràctics, haver-se d'ocupar de la casa i del treball, sobretot quan els fills són petits i no poder fer plans a llarg termini, i les dificultats amb les relacions socials..., i la dona posa més èmfasi en la pèrdua de la relació afectiva i el canvi de la imatge que la depressió li genera entorn d'aquella persona. No obstant, tant en el cas de l'home com en el de la dona, s'observa en el relat de les entrevistes per part del cònjuge que cuida, una sèrie de fets que es van repetint al llarg de les entrevistes: per una part, s'observa que si la depressió és de llarga durada modifica el projecte vital en tots els aspectes de la seva vida, no sols en el canvi en les activitats laborals sinó sobretot en aspectes més lúdics, observant-se que les relacions interpersonals fora del nucli familiar, tant amb els amics com amb la família d'origen, es poden veure afectades:

*"Yo desde siempre que me hubiera gustado poder salir más pero como no sé como ella va a reaccionar cuando los compañeros de trabajo me proponen hacer alguna salida siempre me veo obligado a hacerme el loco, algunas veces no lo puedo evitar y tenemos*

*que salir, pero cuando tengo que proponérselo estoy dos semanas pensando como hacerlo y además no sé nunca como va a reaccionar ella, yo tengo una familia muy amplia pero nunca puedo invitarlos a mi casa, ya que estando ella enferma no tenemos ganas de celebrar nada (...) a mí mis amigos no me dicen nada pero claro con los años se van apartando y entonces te acostumbras a no salir por no salir solo". (Marit Pacient, 300.4)*

També s'expressa la dificultat generada per un desequilibri en la relació de parella on la persona que cuida creu que ha de realitzar un esforç addicional en les seves tasques i obligacions a tots els nivells, pensant moltes vegades que això comporta una pèrdua en la seva qualitat de vida; freqüentment ho explica i després, d'alguna manera, justifica els seus pensaments, ja que afegeix que ell/a no té la culpa d'estar malalt. Una de les queixes que apareixen freqüentment és que la persona que cuida creu que totes les decisions importants recauen sobre ell/a tota vegada que la persona que rep les cures es queixa de que ella no pot prendre cap decisió important i que és com si la seva vida estigués depenent dels altres.

Un dels altres aspectes que apareixen respecte a la relació de parella són els problemes en les relacions sexuals, aquests problemes normalment els expliquen les persones dels dos sexes, tot i que en explicar-ho volen disminuir la seva importància:

*"Des de que el meu marit està malalt, jo estic també més trista, molt més deprimida, em dóna la impressió que estic perdent uns anys molt importants de la meva vida, no tinc ni ganes de fer-li una carícia, quan m'obliga a fer-li ell em diu nena deixa'm, això m'angoixa perquè crec que ja no som una parella; sempre havia pensat que la meva era una família perfecta, inclús la meva filla diu que no es casarà mai, perquè és difícil de*



de recordar que el treball està fet a partir d'una mostra de "famílies estables", que voluntàriament han volgut venir a explicar les seves experiències.

Hem vist en el cas de la depressió, que la cura es canalitza bàsicament per mitjà de la família i com això té un fort component afectiu i emocional, i a més, està impregnat d'un elevat contingut moral, ja que es creu que formen part del conjunt de les obligacions familiars, encara que comporten uns costos importants de temps i dedicació. El cuidatge no està emmarcat dins de la unitat de convivència, sinó que les persones de la família que viuen fora de l'àmbit domèstic són igualment responsables de les cures. El procés de convertir-se en cuidador/a es va adoptant al llarg del temps, moltes vegades de forma progressiva, inconscient i com una manera d'adaptació a la situació familiar.

Si bé, la família té un paper important en la cura del familiar depressiu, les tasques que suposen aquest cuidar no es reparteixen de manera igualitària entre tots el membres de la unitat familiar, sinó que en molts casos és una qüestió bàsicament femenina i individual, com passa amb d'altres malalties. Ara bé, hem de diferenciar que si en d'altres malalties el cuidatge és dut a terme bàsicament per les filles o per les nores, en el cas de la mostra estudiada, el tenir cura de la malaltia depressiva, especialment en els aspectes afectius, la cura és responsabilitat preferent dels fills/es però no dels seus cònjuges.

Si més no, totes les polítiques orientades als cuidatges actuals en salut mental assenyalen la permanència a la llar com un objectiu desitjable, però amb freqüència falten les condicions perquè sigui una alternativa possible i adequada. "Cuidar en el propi entorn" significa que, en moltes ocasions, és el propi entorn el que cuida, és a dir,

la família, i més aviat una dona de la família. Les mesures que tendeixen a reduir l'estança a l'hospital estan suposant una derivació de la càrrega de cuidatges a l'àmbit informal, en situacions cada cop més complexes. El desenvolupament de serveis d'ajut domiciliari, juntament amb programes de descans i recolzament al cuidador informal, són imprescindibles per fer del grup familiar un centre adequat de cuidatges.

## PATIMENT FAMILIAR

Al llarg de les entrevistes amb els familiars van sortir una sèrie d'interrogants que s'han pres com a punt de referència per explicar l'experiència del seu patiment. La idea central que emmarcaria el relat de la majoria dels familiars entrevistats seria el fet que el conviure amb una persona depressiva és una experiència molt difícil; molts, expliquen que han tingut l'experiència d'haver cuidat abans familiars que han patit altres malalties, afegeixen de llarga durada i més greus, però mai això els havia implicat tant de patiment ja que creuen que la malaltia mental és una de les més difícils d'entendre i, comporta majors dificultats en les relacions familiars, personals i socials.

Si bé les experiències i anècdotes explicades pels diferents familiars són molt diverses, s'han identificat un seguit d'interrogants, que apareixien en els relats i que s'han pres com una manifestació del patiment, que genera el fet de conviure amb una persona depressiva. Aquests interrogants apareixien en ambdós sexes, però són explicats d'una manera més "viva", per les persones que tenen una major implicació emocional en el cuidatge.

S'observa que la "intensitat" del patiment en el relat depèn de la gravetat de la malaltia, de la durada, de la implicació en les cures i del grau de relació afectiva envers la persona tractada; així, encara que un marit o un germà no es dediquin al cuidatge també es plantegen els mateixos interrogants, del caràcter de la persona que ho explica. Malgrat que aquestes preguntes es formulen d'una manera o altra en la majoria dels familiars, es plantegen més sovint i amb més força, en el relat dels familiars que a causa de la

depressió hi ha hagut un intent d'autolesió per part de la persona depressiva, independentment de la seva intencionalitat suïcida.

### *És que no ens estima?*

Aquest és un dels aspectes més significatius que apareixen en el relat dels familiars com a resposta al diagnòstic de la depressió. Afirmen que aquest interrogant s'ha mantingut constant al llarg de tot el procés, reactivant-se especialment en les persones que han mantingut una relació afectiva més estreta, cada vegada que hi ha hagut una recaiguda en la seva malaltia. La idea bàsica des del punt de vista del familiar és trobar sentit al fet que l'estimació sigui compatible amb la simptomatologia depressiva, així ens ho diu aquest informant:

*“És molt dur pensar que a pesar que t'estimes a aquesta persona, ella seguirà igual; no ho sé, potser amb una altra malaltia és molt més fàcil d'entendre que per molt que te l'estimis ella pot estar malalta (...), de vegades em plantejo, realment m'estima? I si m'estima, per què fa aquestes coses, no m'ho puc explicar, és que ho té tot, de vegades li pregunto, què més vols? tenim dos fills que no tenen cap malaltia, una casa per a viure, no som rics però no ens falta res, jo faig tot el que puc, quan ella està pitjor faig el dinar, surto a comprar, em cuido dels fills, per més que ho intenti no puc entendre per què està malalta?”. (Marit Pacient 300.4)*

Aquests interrogants apareixen en el moment del diagnòstic i van reapareixent al llarg del procés si la persona no millora, ja que la família sovint entén que la manca de motivació per a la millora pot ser deguda a una carència d'afecte. Veiem, per tant, que la

depressió té un fort component emocional. Aquesta pregunta pot aparèixer fins i tot en la persona tractada com ens ho explica aquest pacient:

*"Jo ara tinc núvia, però amb ella tampoc en parlo del suïcidi i de les idees depressives; penso que és molt dur dir-li a una persona - jo t'estimo però no sóc feliç; crec que si expressés lliurement els meus pensaments s'espantarien, i em deixaria; la depressió en el fons, té un fort component afectiu i als demés no els pots explicar el que et passa sense fer-los sentir malament". (F.F, 296.2)*

També se suggereix al plantejament que el comportament tant per part de la família com del propi interessat, el porta a allunyar-se de la relació amb els altres i a tancar-se en si mateix, cosa que no els permet tenir un grau d'afectivitat normal en relació al seu entorn; així, es diu sovint que la persona malalta tant és indiferent amb el contacte en relació als altres com pot comportar-se d'una manera excessivament emotiva, el que fa que la relació amb els altres variï en relació a abans de la malaltia:

*"Quan el meu pare es va posar malalt, es va tornar molt carinyós amb nosaltres, no ho sé tot el dia t'estava donant les gràcies i dient lo bé que el cuidava,; ell sempre havia sigut una persona molt carinyosa, però, a vegades, ara que està malalt de cop i volta es posa a plorar, t'agafa fort i et comença a donar les gràcies per tot el que fas per ell i a mi això em fa sentir incòmode, de vegades és justament el contrari, sense més i més s'enfada i no et diu res, i aleshores et planteja, què he fet ara? Aquests canvis són molt difícils d'entendre". (Filla Pacient 300.4)*

En aquest sentit, expressen la idea que no saben què fer per ajudar-los, ja que pensen que si es mostren afectuosos amb ells, poden augmentar la seva depressió i, en canvi, si els deixen de banda es poden pensar que no els importa el que passi; de vegades tenen la

impressió què facin el que facin, s'equivocaran i, per tant, et diuen que estan temptats a abandonar-los a causa del fort sentiment d'impotència que els genera el seu cuidatge.

Un altre aspecte que apareix com a difícil és el grau en el qual el comportament de la persona en estat depressiu reflexa els sentiments que sobre ell tenia quan estava bé, és a dir, si la persona quan està depressiva rebutja el contacte, no li parla, aquest familiar té dubtes sobre allò que fins aleshores considerava una bona relació, plantejant-se dubtes no sols en relació a la situació actual sinó amb els seus rols afectius d'abans de la malaltia. En aquest moment, et diuen els familiars, que conviure amb una persona que té qualsevol malaltia, per greu que sigui, no els comportaria tants dubtes ni complicacions, alhora que obtindrien més comprensió i menys crítica del seu entorn ja que la capacitat de comunicació i relació afectiva amb el familiar no es veuria afectada per la malaltia.

### *Per què ens fa això?*

El comportament conseqüència de la simptomatologia depressiva, pot ser viscut freqüentment pel familiar, com una agressió envers ell pel patiment que li genera, l'enuig i la ràbia. Aquestes reaccions, les famílies les expliquen mitjançant relats, de fets que han estat viscuts no com a símptomes de la malaltia sinó com a comportaments fets especialment per molestar i agredir:

*“La meua germana és una de la persones que millor broda, quan estava malalta per distreure's li vaig portar unes tovalloles perquè m'hi brodés el nom, ho va fer tan malament que no m'ho podia ni creure, no les puc ni posar, què he de fer ara?,*

*ensenyar-li i dir-li per què m'has fet això? - ho diu amb ràbia i fa com si les hui tirés pel damunt" -. "Tu saps el que és passejar amb una persona al teu costat que es comporta com si fos un estaquirot, una hora sense dir-te res, sense ni parlar-te... això no es fa!". (...) Fitxa't, fins on pot arribar que el dia de Tots Sants la vaig anar a buscar per portar flors a la tomba del pare i no es va voler aixecar del llit de cap de les maneres,, li vaig tirar les flors al damunt del llit, però vaig tenir que anar sola i les flors que havia comprat a la tarda el seu home els va portar el pare". (Germana Pacient 300.4 )*

Encara que es digui en diferents moments de l'entrevista que s'entén que la depressió és una malaltia i, de fet, l'informant anterior en tenia molta informació, difícilment s'entén que el deteriorament en la capacitat de fer les coses més habituals, no fer-se càrrec de les obligacions o la fredor en la comunicació siguin símptomes de la mateixa, sinó que es viuen com una forma d'agressió i com un comportament que es podria evitar si la persona s'ho proposés. Aquests sentiments, es reactiven al llarg del procés depressiu, especialment si aquest s'allarga o es repeteix, i això genera sovint sentiments de frustració i comporta enfadar-se no tan sols amb la persona malalta, sinó també amb ells mateixos, per creure que han actuat inadequadament i no són capaços de poder controlar la ràbia experimentada.

El cas d'una informant jove amb càncer terminal, que vivia amb una mare depressiva de llarga evolució, ens explica aquest garbuix de sentiments de la següent manera:

*"De vegades quan es queixa m'agafen ganes de dir-li -calla mamá! ¿ y si tuvieras cáncer como yo?-, m'agafen ganes de donar-li una bufetada, però jo penso que quan estàs malalta de càncer pots decidir en quin moment et queixes i en quin no, per no cansar la gent que està al teu voltant, i quan tens una depressió et fas molt pesat, no*

*pots evitar-ho, quan passes una malaltia com la meva encara es fa més difícil d'entendre com hi ha gen amb menys problemes i que estan deprimits, jo no puc menys que pensar i de que es queixen ? (...) quan la meva mare es queixa m'agafen ganes de matar-la, em poso negra i ara a damunt em sento injustament tractada, de vegades m'agafen ganes de cridar: i si tinguessis càncer com jo!, però no ho faig perquè es moriria del susto, en la depressió el ser pesat es porta "sine quantum", amb les altres malalties la persona pot decidir ser-ho o no. (...) jo mateixa sols em queixo amb el meu marit, els demás per molt malament que tu estiguis no pots cansar-los amb els teus problemes". (Filla Pacient, 300.4)*

Vèiem en aquest relat una lluita entre l'acceptació a nivell racional de la depressió com a malaltia i que, per tant, no es pot evitar i un fort convenciment que d'alguna manera, la persona podria fer quelcom per evitar-ho si s'ho proposés.

En molts moments de l'entrevista, fins i tot després de parlar molt de temps sobre la malaltia, el tractament i l'atenció que rep el seu familiar, es reafirmen amb la idea que les queixes, els plors, la immobilitat, la indecisió i la manca de comunicació, són quelcom d'intencionat, i que es pot evitar. Un altre problema apareix a partir de la frustració generada per no poder canviar el comportament de la persona tractada malgrat tots els consells que li donen els familiars; això, sovint porta aquest a retirar-se, ja que creu que facin el que facin sempre s'equivoquen, i, per tant si la situació esdevé insostenible, opten per retirar-se o abandonar.

A més a més, s'expressa de manera indirecta, la dificultat que comporta haver d'acceptar que un familiar estigui malalt "del cap", aquesta queixa està immersa enmig d'un discurs que oscil·la entre parlar de la depressió com una malaltia com pot ser-ho



qualsevol, i posen per exemple una fractura, una malaltia del cor, un càncer, i explicar que l'atenció d'una persona depressiva pot portar una sèrie de conseqüències socials i laborals per a la família, a causa de la dificultat que té la gent de l'entorn per acceptar una malaltia que porta a un canvi de comportament i de relació amb els altres:

*"Encara que la depressió es coneix cada vegada més, la depressió es veu com una debilitat; si tens un familiar amb una malaltia sigui la que sigui i el cap li funciona és molt diferent, però si a la família tens una malaltia com la depressió, veus com la gent es va allunyant, la depressió socialment no s'accepta, ja que té un component social molt fort, potser és pel fet que moltes vegades la depressió és per circumstàncies externes, problemes familiars, problemes amb els amics, relacions afectives frustrades (...) El fet que la societat sigui tan responsable de la malaltia fa que la mateixa societat et rebutgi i moltes vegades també rebutja a la gent del teu voltant". (Marit Pacient 296.2)*

El sentiment de solitud i aïllament es fa especialment important en el cas dels familiars que diuen haver mantingut una vida social activa abans de la depressió, manifestant que actualment les seves relacions amb l'entorn, especialment amb els amics, s'han vist afectades a causa de la malaltia del seu familiar, indirectament t'expressen que d'alguna manera se senten rebutjats. Quant a les relacions amb els parents es continuen mantenint amb la condició que no es critiqui la malaltia depressiva.

### *Em té mania?*

Altres familiars expliquen que la malaltia els porta a ficar-se especialment amb ells, bé sigui mitjançant la queixa constant i les molèsties que això li genera, o per la crítica de tot el que fa o la demanda d'haver d'acompanyar-los repetitivament a urgències, a causa de la simptomatologia física, dolor, ofec, sufocació, etc., tot i sabent que li diran que no te rés; aquest últim fet l'ho expliquen especialment els familiars de les persones en les quals la simptomatologia és bàsicament ansiosa-depressiva; En els casos de simptomatologia d'angoixa, aquest comportament es dona de forma més evident durant els caps de setmana, com ens ho explica aquest marit:

*"Yo lo que quiero es llegar a casa y estar tranquilo; estas enfermedades que tiene se las inventa ella, cuando voy con la furgoneta, siempre pienso en lo que me voy a encontrar cuando llegue a casa y como estará ella. Creo que su enfermedad le da por meterse conmigo, yo no estoy dispuesto a acompañarla cada tarde a urgencias, esperarme tres horas y que me digan que no tiene nada, ¡yo por ahí no paso ! A mitad de semana no puedo acompañarla ni a Barcelona, a casa de su hermana, para que la cuide ni a urgencias para que me digan que no tiene nada, yo al día siguiente tengo que ir a trabajar y no puedo ocuparme de sus manías". ( Marit Pacient 300.4 )*

Aquest aspecte, és un dels que més rebuig genera en les persones de l'entorn del depressiu, acusant-lo amb ràbia de no estar malalt i inventar-se els símptomes per cridar l'atenció i molestar-los, lo que sovint fa que els abandonin i es neguin a acompanyar-lo al metge. Malgrat això, hi han famílies que s'acostumen a tots aquests problemes i aleshores ho integren a la seva vida com quelcom que s'ha d'acceptar per tal de no

complicar encara més les relacions envers el seu entorn familiar i fins i tot, diuen que més val això que no pas haver d'anar a urgències per un accident o una malaltia greu.

### *Puc evitar-ho?*

En aquest intent d'evitar la malaltia, els familiars consideren al malalt una persona feble i molt sensible, davant del que pugui passar al seu entorn i expliquen un seguit d'anècdotes de com han intentat protegir-lo en la mesura del que fos possible dels fets problemàtics que els passen inevitablement a d'altres persones del seu entorn familiar, ja que pensen que aquests fets poden agreujar la seva situació. A la vegada, acusen a altres membres de la família d'una manca de consideració en el seu comportament i que, per tant, poden facilitar-li el procés depressiu, és a dir, el familiar cuidador intenta, a més de fer-se càrrec del cuidatge, fer-se càrrec de tots els altres problemes de l'entorn en un intent de protegir-los de problemes i preocupacions que pensen que pot agreujar la seva malaltia. Aquest aspecte és un dels que genera més sobrecarrega al cuidador principal, ja que, a més a més, de fer-se càrrec del depressiu per protegir-lo de les agressions de l'entorn, es fa càrrec també de tota la problemàtica que hi ha al seu voltant, en relació als seus fill, al marit, als altres germans.

Un fet paradoxal, és que a mesura que avança l'entrevista, expliquen fets en els quals mostren com la persona malalta s'ha comportat molt fredament en relació a les dificultats del seu entorn, i assenyalen la possibilitat que la depressió no els deixi ser sensibles a la pena dels altres (no han volgut anar a visitar a la seva mare malalta, s'han

negat a assistir a un enterrament o a preocupar-se per una malaltia important d'un familiar):

*"Su enfermedad la hace ser muy egoísta, - póngalo en letras muy grandes - ya que ella no haría nada por mí de lo que yo estoy haciendo por ella, ahora me tienen que operar de la cadera y cuando se lo dije se puso a llorar y a decir que sería de ella, sin preocuparse en ningún momento por mí -ho explica amb rabia- a su cuñada la operaron del pecho, y a veces yo le pregunto que como está ya que es la segunda vez que tiene un cáncer, ella me contesta, como va a estar, bien! No se preocupa por nada ni por nadie, en el pueblo, la gente tiene la costumbre de ir a los entierros, ella no quiere ir nunca, dice que no está por tanta pena y luego todo el día a llorar y decir que quiere morirse -La pacient ha tingut tres intents d'autòlisi- no obstante a veces se preocupa por una de mis cuñadas que parece que sólo la llamen para preocuparla, yo en cambio cuando ella estaba enferma y tuve que venir a cuidarla dejando a mi hija sola en Barcelona con mi marido, la niña se puso enferma y yo no le dije nada para que no se preocupara. Intento evitar en la medida de lo posible todo lo que le pueda hacer sufrir, en cambio mis hermanos, no tiene para nada en cuenta su situación, incluso parece que la llamen para preocuparla". (Filla Pacient 300.4)*

Aquest informant al llarg de l'entrevista dóna a entendre que tot i essent la persona que més es dedica a cuidar la seva mare, d'alguna manera ella no se sent més reconeguda que les altres persones que es mantenen en un rol més perifèric, ben al contrari, a més s'expressa una idea bastant comuna en tots els informants, i és la sorpresa manifestada a partir de la seva reacció tant forta i fins i tot desconsiderada, que pot arribar a tenir la malalta en alguns moments. Alguns t'insinuen, i d'altres t'expressen clarament, que la depressió, segons ells, provoca un sentiment d'egoisme molt accentuat en el seu

familiar, i que això fa que es tanqui en si mateix i que no es preocupi pels altres i, afegeixen, ni tan sols de les persones que més temps i atenció els dediquem.

### *M'estarà afectant a mi?*

La persona sovint es planteja si la depressió del seu familiar no l'està afectant i en el relat expliquen una sèrie de recursos que van utilitzant en un intent de protegir-se dels sentiments de desànim i tristesa que la malaltia de l'altre els ocasiona, afegint que aquests recursos moltes vegades és a costa de ser criticats pel seu entorn però ho veuen com l'única manera que tenen d'alliberar la seva tensió:

*"Incluso cuando estaba peor, salía cada tarde a ayudar a una amiga en la tienda, seguro que la gente pensaba, como no va a estar enfermo el pobre, si tiene a este "pingo" que cada tarde sale y le deja solo, pero yo tengo claro que si no lo hago me hundo, cuando salgo me distraigo y estoy más tranquila, porque a la gente yo les hablo de otras cosas ya que no están dispuestos a escuchar siempre los mismos problemas por muy amigos que sean, así y todo, a veces me miro al espejo y me asusto de lo que veo, creo que me estoy destrozando". (Esposa-Pacient, 300.4)*

Expressen sentir-se persones diferents des que han passat per l'experiència perllongada de conviure amb una persona depressiva i expliquen com han vist fins i tot transformar-se la percepció de si mateix a partir d'aquesta situació, posen l'èmfasi tant en el canvi de

l'aspecte físic com en relació al canvi de caràcter, així mateix, també de vegades expliquen un seguit de fets que els han portat a modificar el contacte amb els altres, ja que es creu que els altres familiars, parents i amics difícilment poden entendre la vivència depressiva de llarga durada.

Tant per part de l'home com de la dona s'explica haver modificat la imatge que tenen del cònjuge depressiu a partir de la vivència de la malaltia, i per tant aquest canvi en la imatge genera un canvi en la relació i en el concepte del propi familiar. Aquest aspecte es fa especialment significatiu si la depressió ha estat greu o de llarga durada.

### *Estic sol?*

Aïllament i sentiment de solitud apareixen quan un membre de la família creu que ha d'afrontar sol la situació de malaltia, especialment si pensa que la persona amb qui compartia les coses ha canviat, sentiments que es fan especialment palesos en el relat de la parella de la persona tractada per depressió d'ambdós sexes. Expliquen com es van modificant les relacions en els diferents àmbits de la parella i en relació a l'àmbit sexual comenten que no és tant el propi acte sexual el que troben a faltar, sinó el que aquest creuen que té d'intercanvi, contacte i comunicació.

Un dels altres aspectes a considerar és la queixa dels familiars en relació amb l'aïllament de l'entorn, especialment, quan un dels dos membres de la parella està tractat per depressió; creuen que els símptomes dels familiars fan que la comunicació amb els

altres sigui difícil i diuen haver observat que els demés l'eviten per la incomoditat que el seu contacte els suposa, no solament aïllant el pacient, sinó també els familiars:

*"A casa no va nadie, ni siquiera el yerno, no sé si es porque somos pobres y se avergüenza de nosotros o que, - en un altre moment diu que el gendre també és de classe social baixa - mi marido a veces nos dice que no nos preocupemos que cuando él se muera la gente volverá a venir, ya que estando él que nunca tiene nada que decir es normal que la gente no vaya; además nunca hacemos celebraciones familiares, estamos demasiado tristes para celebrar acontecimientos. Mis hijos si alguna vez traen amigos a casa le avisan de que se porten bien, yo creo que mis hijos evitan traer a alguien a casa, ya que se avergüenzan de su padre". (Esposa Pacient, 300.4)*

Es veuen en la mostra dos aspectes que es fan evidents en relació amb l'aïllament: per una part, les persones o les famílies que diuen haver tingut poques relacions socials des de sempre, en aquest cas, el seu procés depressiu les fa aïllar-se encara més, i per altra les persones o les famílies que diuen tenir moltes relacions socials i expliquen com aquests hàbits socials s'han modificat a partir de la malaltia. En aquest últim cas, el familiar explica tot un seguit d'estratègies per tal de seguir mantenint la comunicació amb el seu entorn, encara que això suposi en alguns moments deixar-lo.

## Família i suïcidi

Vuit de cada deu de les persones entrevistades diuen haver experimentat en algun moment de la seva malaltia el desig de mort però sols un grup reduït va portar a la pràctica un intent d'autolesió. Entre els arguments pels quals la persona diu no haver-ho intentat en el moment més greu de la malaltia, destaca el que solen donar les dones que consideren que és fer “una mala jugada” als altres, entenent per altres majoritàriament els fills o els pares en el cas que aquests encara visquessin. Afegeixen que no era tant perquè aquests els necessitessin, sinó perquè no troben just haver de viure carregant-los amb la responsabilitat que una mare o una filla hagués mort per suïcidi, perquè a més a més, no creuen que mereixin aquest disgust.

D'altres deixant que l'atzar, els porti a la mort, mitjançant l'adopció de conductes de risc sense atrevir-se a buscar-la directament:

*“Des que estic tan malament, quan condueixo estic centrat en els meus pensaments, i no em dono compte del que passa al meu voltant. Avui mateix, venint cap aquí, un cotxe m'ha donat un “bozinazo”, m'he trobat dos vegades a punt de posar-me a sota d'un tràiler, la meua dona ja no confia en que jo pugui agafar el cotxe. Avui mateix volia acompanyar-me perquè no em passés res, però jo li he dit si me'n vaig a fer punyetes millor per a mi” .Ho explica amb ràbia- (M.D., 300.4)*

En les persones depressives amb una especial sensibilitat religiosa, l'opció al suïcidi es transforma mitjançant una hàbil estratègia amb una petició a la Divinitat perquè sigui ella la que assumeixi la funció de finir la seva vida terrenal:



*“Cada dia quan anava a dormir resava i li demanava a Deu que se m’emportés al seu costat; en aquest món tan sols pateixo i faig patir; ... tingues pietat de mi, jo ja ho he fet tot en aquest món, ... deixa espai per altres més joves i forts que jo”. (T.G., 300.4)*

Sovint en el malalt depressiu el desig de mort no es redueix a un pensament més o menys sentit sinó que genera un intent portat a la pràctica. En la mostra, el total de persones que van realitzar intents de suïcidi van ser deu persones, i encara que aquest no sigui l’objecte de la nostra investigació, sí que s’observa que les actituds en aquestes famílies, en relació a la pacient, és molt més conflictiva, independentment del grau d’intencionalitat suïcida, que en els casos de la depressió en què no hi hagut intent d’autòlisi, afegint als interrogants abans plantejats d’altres de nous.

### *Com ens ho ha pogut fer ?*

L'intent de suïcidi és viscut com una agressió personal a l'entorn familiar del pacient depressiu, provocant una intensa resposta emocional i produint un canvi en la manera de percebre la persona:

*“Cadascú a la nostra manera, ens ha afectat a tots, jo penso que a partir d'aquesta experiència difícilment res tornarà a ser com abans, no ho sé és com si hagués canviat el concepte que tenia de la meva mare, abans tots estàvem en contra del pare perquè bevia, però ara ens sentim més units a ell, jo a la meva mare sempre l'havia vist molt forta, però des què va passar això - la pacient va tenir un intent de suïcidi- la veig d'una altra manera, també he canviat la imatge que tenia de la meva família, no sé com explicar-ho, la veig com a més dèbil, m'agafen ganes d'escapar a córrer”. (Filla Pacient 296.2)*

Aquest canvi d'imatge afecta no tan sols a la persona sinó també a la família, així es diu -"no m'hauria cregut mai que ens podria passar això a la nostra família"-; en aquest sentit hi han persones tractades que diuen haver tingut en secret durant anys la malaltia perquè la seva família no creia en la depressió, observant-se que aquest concepte és independent de la classe social i cultural:

*"Sí que ella estava en tractament feia temps, - segons la història feia deu anys que anava a una psicòloga- però jo pensava que no tenia res important, que era cosa dels "nervis", no que tenia una depressió...no m'ho hauria pensat mai que pogués fer una cosa d'aquestes, em va venir com un cop de pedra que he hagut d'anar paint al llarg d'aquests anys. Des de l'accident - la seva dona es va tirar a la via del tren- la relació amb la meua dona ha canviat, no sé com explicar-ho, està com una pàmfila, no puc contradir-la, sempre li tinc que donar la raó amb tot, si vol fregar que fregui, si vol dormir que dormi, jo sempre haig de vigilar de no fer res per no molestar-la. -Els seus fills afegeixen-: Res no tornarà a ser com abans, hem canviat el concepte de la nostra mare, abans tots nosaltres estàvem en contra del pare, però ara ens sentim més units amb ell.."* (Filla Pacient 296.2)

Sovint també el propi pacient percep aquest canvi en la imatge i les relacions posteriors a un intent de suïcidi per les persones del seu voltant:

*"Des que vaig sortir de l'hospital i em vaig incorporar hi han hagut molts companys que han vingut a mi a parlar-me de problemes, molt íntims i importants..., coses que normalment no s'expliquen a un estrany, problemes d'eneuresi, d'anorèxia, d'intents d'autòlisi, de problemes sexuals (...) es com si m'hagués mostrat públicament vulnerable, perquè per una part he abandonat, he passat, però per una altra part em vaig atrevir a fer-ho i la gent que està en aquesta situació creu que ho he superat i potser esperen que jo els hi doni consells i els ensenyi com sortir-se'n de les seves*

*pròpies angoixes, encara que jo sigui conscient que jo no n'he sortit del tot (...) Abans jo era el "superman" de la classe i ara em veuen de manera diferent encara que m'expliquin coses que abans ningú me les explicava, del que va passar no en vol parlar ningú. Jo als meu amics els hi trec el tema de tant en tant i els demés no en volen parlar, si, no, però ja està, no volen parlar-ne.(...) Amb les persones que tinc una relació més estreta és com si fossin els meus clients, m'expliquen aquelles qüestions tant personals que no es van explicant per allí, jo abans a classe era molt popular però abans ningú m'havia explicat aquestes coses i els demés tampoc els hi expliquen".*  
(F.F.,296.2)

### *Ens pren el pèl?*

Aquesta pregunta és més freqüent en el familiar de la mostra on hi han hagut varis intents de suïcidi. Els familiars ho expliquen amb molta preocupació i amb llàgrimes als ulls, ja que pensen que la situació els està sobrepasant, així ens ho relata aquest informant que la seva mare va patir un intent d'autòlisi amb greus conseqüències:

*"A casa, estem tan espantats pel que va fer, que de vegades crec que la meua mare juga amb nosaltres (...), per exemple, la nit passada la vaig sentir aixecar-se del llit, aleshores jo ja no podia dormir, ella va anar al lavabo i es va tancar, jo em vaig imaginar que ja s'havia tallat les venes, després va sortir al balcó i no podia més que pensar que es tiraria per la finestra, aleshores vaig veure com es va posar a regar les plantes (...) un diumenge a la nit, havia sortit i encara no havia arribat a casa i eren més de les deu, el pare feia el sopar, jo no podia fer res més que fumar, al pare també se'l veia preocupat, però no deia res, i després d'això ella arriba tan tranquil·la, vaig preguntar on havia anat, em poso a plorar, i ella em diu -filla meua, ja no faré mai*

*més el que et vaig fer-. -El germà present a l'entrevista està d'acord amb el que diu la seva germana.- (Filla Pacient 296.2)*

S'observa una gran implicació emocional en tractar els sentiments d'angoixa que genera haver passat per l'experiència d'un intent d'autòlisi en la família, es veu com una de les conseqüències de la malaltia depressiva més difícils d'assumir hi ho expressen mitjançant una barreja de ràbia i tristesa. Aquesta preocupació l'expressen no solament els familiars que han tingut l'experiència de viure un intent d'autòlisi amb greus conseqüències, sinó també, els que han viscut repetits intents de suïcidi, encara que els vegin com a poc importants, ja que el familiar pensa que la persona tractada, es pot equivocar i per tant provocar la mort encara que sigui accidentalment:

*"Ella ha intentado suicidarse muchas veces, la primera vez fue cuando la ingresamos en la clínica (...), esta vez no fue muy importante, ya que ingirió diversos productos de limpieza, pero la ingresaron rápidamente en un hospital general, al ser dada de alta intentó cortarse las venas, después la ingresaron en la institución psiquiátrica (...), el sábado fui a buscarla a la institución (...), ¡si usted la hubiera visto! Me salió con el bolso colgado en la mano, y aquellas zapatillas, con una pinta que daba pena, al llegar a casa yo le había preparado la comida con la mayor ilusión, me puso primero con ella en el sofá, pero como no tenía ganas de hablar, me fui a la cocina y ella aprovechó para tomarse una botella de suavizante (...) le di un par de bofetadas y la volví a ingresar, después me pasé toda la tarde llorando, y me sentí muy mal por haberla pegado". (Germana Pacient, 300.4)*

En relació a aquest cas, tant la cunyada present a l'entrevista com la germana de la pacient pensen que a pesar que ella no tingui intenció de matar-se, creuen que es pot equivocar i el seu comportament pot tenir greus conseqüències. En un altre moment de

l'entrevista, la germana diu que si li passés alguna cosa, ella no s'ho perdonaria i es posa a plorar.

D'altres familiars expliquen com han actuat davant les primeres amenaces de suïcidi del seu familiar depressiu, i com creuen que mitjançant la seva actuació han pogut evitar que aquest problema s'instaurés, com és el cas d'aquest informant:

*"El médico de cabecera me dijo, vigila a tu marido que ahora le ha dado la idea de suicidarse, y quiere tomarse todas las pastillas, hasta el momento, yo no había creído nunca que él pudiera hacerlo, aunque lo dijera en muchas ocasiones. Aquella tarde pensé que si no hacía algo la cosa podía ir a peor, yo tenía que salir de casa, pues había tanta tensión que tenía que alejarme, salí igual que cada tarde, aunque él me hubiera dicho que se tomaría todas las pastillas, pero yo pensé si le hago caso, siempre va a utilizar esto, entonces salí a pasear, con el corazón encogido, y rezando para que no pasara nada, yo sabía que tenía que hacerlo, sino él se aprovecharía de mí, de todas maneras, antes de marchar le escondí las pastillas y pensé que al menos se pasaría mucho tiempo buscándolas". (Esposa Pacient, 296.2)*

Veiem en els diferents relats com aquestes actituds, constitueixen un diàleg que la persona porta a terme a dos nivells, amb ella mateixa i en relació amb els seus familiars, evidentment aquest diàleg no és amb paraules sinó que és el mateix comportament el que parla a vegades en un llenguatge molt més expressiu que les pròpies paraules i, genera un seguit de preguntes que difícilment són formulades pels familiars als professionals assistencials, psiquiatres, metges, infermeres, sinó que tracten d'esbrinar la resposta a les seves preguntes, moltes vegades recorren, ells mateixos a una teràpia o a altres medecines alternatives:

*"Para tratar a estos enfermos hay que ser un poco fuerte, ignorar que están enfermos yo he aprendido a hacer de policía, de psicólogo, de todo y yo he sufrido mucho. A veces, después del intento de suicidio, me voy a la cama vestida por si tengo que levantarme a media noche (...) Cuando esta peor, me siento despreciada por él, la última vez me fui a una futuróloga para ver si me odiaba, ella me dijo que no, que me quería, pero que lo que le pasaba a mi hijo no tenía ninguna relación conmigo, también me dijo que volvería a intentar suicidarse otra vez, pero después podría mejorar (...) con todo este sufrimiento yo he cambiado mucho, yo era una andaluza muy alegre, en el trabajo la gente se reía mucho conmigo, pero ahora me he vuelto una persona triste, me miro al espejo y no me reconozco (...) También le puse agua de Lourdes en el caldo, pero salta a la vista que no le hizo nada". ( Mare Pacient, 300.4)*

A diferència d'altres malalties, la resposta que cerquen els familiars en la medicina alternativa no és tan sols la recerca d'un nou tractament per a la persona afectada, sinó, sobretot, la comprensió del procés per part de la persona implicada en tenir cura d'ell o d'ella i una resposta als següents interrogants: És que no m'estima?, que no el cuido bé?, què passarà?, o també, per què està així? És vol morir? D'alguna manera, si s'analitza el discurs dels familiars que asseguruen haver trobat en el món simbòlic la resposta a les seves preguntes, observem que aquestes respostes van encaminades a alliberar-los de la seva responsabilitat envers la malaltia i del procés de cura, alhora que atribueixen la responsabilitat a una altra persona o situació fora de l'entorn familiar, cosa que redueix significativament l'angoixa de les persones que en tenen cura.

Si bé aquests fets els expliquen persones de la mostra amb un nivell sociocultural més baix, també s'ha d'assenyalar que les persones amb una forta implicació emocional en el cuidatge perllongat d'un familiar depressiu i que pertanyen a un nivell sociocultural més

alt, t'expliquen haver de tractar-se elles mateixes amb un terapeuta particular o diferent que el del seu familiar, potser tracten d'esbrinar els mateixos interrogants que els altres familiars han cercat en el món simbòlic:

*"Mira, jo ja no puc més, al final he tingut que anar a un psicòleg, estava totalment destrossada, no ho puc suportar més, un dia està bé i l'altre no es vol aixecar del llit. L'altra vegada quan semblava que estava millor es va prendre un tub de pastilles, sort que jo era a casa i la vaig trobar; el metge d'urgències em va dir que ho havia fet per cridar l'atenció, però no saps tu el susto que em va donar, jo no m'ho mereixia!, des d'aleshores sempre que truca el telèfon em sobressalto, doncs no puc menys de pensar que qualsevol dia ho tornarà a fer. Tu saps que jo tinc molta paciència amb els malalts però aquestes situacions són molt difícils, ara se'n fa càrrec la meva germana ja que el psicòleg em va dir que jo en aquestes condicions poca cosa podia fer, em tenia que allunyar de la situació". (Germana Pacient, 296.2)*

Aquest patiment presenta una major intensitat en les persones en funció del seu caràcter i la seva implicació en les cures, establint-se sovint una certa lluita entre les persones de la família més directament implicades en el procés de cures i altres membres de la unitat familiar que es mantenen més al marge; aquest conflicte també es presenta entre els membres de la família que viuen amb el malalt i altres familiars o persones del seu entorn. Sovint uns acusen els altres de constituir la causa del seu problema mentre que els altres creuen que la situació no es resol a causa de la seva extrema dedicació. Tot això provoca que els familiars pensin que cuidar qualsevol altra malaltia els seria molt més fàcil, i obtindrien una major comprensió per part dels altres. Les persones que, sovint, són acusades de mantenir la malaltia per l'excessiva preocupació per ells són les mares on la pressió prové d'altres germanes o gendres. De la mateixa manera que les

dones que cuiden un marit depressiu, poden ser criticades per part dels fills o de la pròpia família del marit de l'excessiva atenció que li dispensen.

En vista dels casos anteriors, podem afirmar, que el depressiu no està sol, viu en relació dialèctica amb els membres de la seva família, del veïnat, dels altres, actua sobre ells al mateix temps que pateix la influència dels altres sobre ell, els pot fer xantatge, pot manipular els pares, els fills i amics, els pot tancar en el seu món i pertorbar-los amb els seus conflictes. Tota teràpia ha d'anar més enllà del dualisme personal sanitari-pacient, per fer intervenir, com a elements mediatitzadors entre ambdós el grup social.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

DEPRESSIÓ I FAMÍLIA: FACTORS SOCIALS I IDEOLÒGICS EN LA VIVÈNCIA PERSONAL

I FAMILIAR DE LA MALALTIA DEPRESSIVA.

Carme Ferré Grau

ISBN: 978-84-694-2161-1/DL:T.884-2011

## CONCLUSIONS

*“ Tengo por imposible conocer las partes sin el todo, no más que conocer el todo sin conocer particularmente las partes “. (Pascal)*

Un dels temes constants en tots els treballs sobre la salut i la malaltia és la constatació de la manipulació que s'opera sobre qualsevol fet psicològic, en el nostre cas, sobre la depressió. Així, hem vist com aquesta - tot i basar-se en una alteració clínica de l'humor- comporta una sèrie de situacions que no responen tant a una pràctica justificada per la tècnica, encara que es pretengui, sinó a una ideologia, que assenyalarà com s'han de pensar i entendre aquests fets i com s'ha d'actuar envers ells, tant per part del malalt com del seu entorn familiar i social. Aquestes pràctiques o creences no apareixen per atzar, sinó que són el resultat de la síntesi entre els nivells econòmic, social i ideològic, els quals ens transmeten informacions, que acceleren o fan retrocedir les transformacions que es donen en el temps.

A l'haver-nos basat essencialment en la descripció etnogràfica, les conclusions s'han de considerar tenint en compte que el treball abarca una malaltia concreta, en un període de temps limitat i en una àrea geogràfica reduïda. Malgrat això, podem apuntar diferents aspectes que s'han fet del tot evidents al llarg d'aquesta recerca.

La depressió és una malaltia que sovint provoca un seguit de reaccions no del tot “respectuoses” envers les persones que hi estan afectades. Malgrat el diagnòstic clínic, sovint les persones que estan al voltant del malalt depressiu o elles mateixes dubten de la legitimació de la seva queixa depressiva. Això és degut a que els trastorns de l'humor,

que es produeixen en la depressió, es diferencien de les reaccions de desànim habitual de la persona en intensitat més que en qualitat, cosa que fa difícil de definir el que és un cas clínic de depressió o una reacció d'adaptació.

D'altra banda, el pes dels factors d'imatge social permeten descriure a "priori" una sèrie de variables que faciliten o dificulten l'acceptació de la malaltia depressiva, tant per part de la pròpia persona com pel seu entorn; aquestes variables van més enllà dels trastorns bioquímics de la depressió i estan lligades a l'estatus socio-econòmic, les característiques caracterials, les vivències de situacions que els demés o ells mateixos identifiquen objectivament de dificultat en el pla laboral, social o familiar, l'edat, etc., factors tots ells que es creuen inductors de la presentació de la conducta anòmla, alhora que elements predictius de la seva posterior evolució.

Sociològicament sembla un fet admès, en la nostra cultura, que un cas psiquiàtric, amb independència que sigui subjecte d'atenció o no, serà aquell en què apareix una conducta desviada de la norma i que es presenta com una limitació de la llibertat interna de l'individu; limitació que pot veure's motivada per la concurrència de factors socials, culturals, psicològics-emocionals i biològics. La representació social de la malaltia mental és conductual, de ruptura de normes, del què es pot deduir que comportaments "estranyos", "incoherents", "singulares" seran fàcilment designats com a malaltia mental. En la majoria dels casos de depressió els símptomes no són tant estranyos i, per tant, les representacions socials i les expectatives del grup primari, com pot ser la família, o del grup secundari, com pot ser l'entorn social, seran els que li atorgaran un sentit als símptomes. De totes maneres, en el cas de la depressió, del fet que existeixin un

síntomes no es dedueix que la persona es consideri a sí mateixa malalta; pel contrari, els elements que fan que la persona s'autodenomini malalta són la presència de símptomes associats a aconteixements negatius de la vida que produeixen estrès, una crisi d'identitat i que la pressió del grup el dissenyi com a malalt. En el cas de la depressió tot l'anterior es troba associat amb la percepció cognitiva per part de la persona de la seva impotència i de la seva incapacitat per a controlar el medi. Són aquestes les característiques unides a la legitimació per part dels tècnics, les que condueixen a la persona a considerar-se a si mateixa com a malalta.

Així mateix, i en la mesura que la societat multiplica el nombre de papers o rols que s'han de desenvolupar, s'accelera la velocitat dels canvis socials i culturals als quals ha d'adaptar-se la persona i aquesta és més conscient de les diferències o desigualtats. D'aquesta manera, les persones o les famílies predisposades es troben cada vegada més en situacions socials que no poden superar. Per tant, una part significativa del patiment, de l'angoixa, de la inseguretat i de la insatisfacció de les persones, serà deguda a l'expressió de les dificultats de la forma de viure.

En el context d'una societat altament tecnificada on cada mal ha de tenir un remei, s'intenta impedir que les persones puguin expressar la seva queixa i les seves pròpies insatisfaccions a la societat que les genera. Així, el sistema social sovint respon distribuint "matapatiments" especialitzats, que impedeixen utilitzar el sofriment com una manifestació d'adaptació a les diverses situacions de la vida: pel contrari, la seva manifestació somàtica o psíquica comporta una demanda de més drogues, més hospitals o més serveis metges especialitzats, qualsevol que sigui el seu cost humà, social o

econòmic. En concret, en el cas de la queixa depressiva una pastilla màgica pot amortir les sensacions d'insatisfacció, d'inadequació o de frustració, o pot reduir la simptomatologia però no pot afrontar la malaltia com un procés d'adaptació a les situacions vivencials, sigui perquè alguns fets són altament estressants o algunes persones més vulnerables. A més a més, el món de la tècnica elimina altres valors com l'afectivitat, la irracionalitat, el món concebut com a "subjectivitat", i podríem veure en la depressió la resistència del què és afectiu, el que és mític, el que és subjectiu en relació al sistema social dominant. Aixó permetria respondre la pregunta del perquè no es deprimien les persones d'altres generacions on les condicions econòmiques socials familiars i laborals podien ser molt més dures en termes generals que les actuals. La malaltia depressiva, des d'aquest enfocament, forma part del manteniment-alteració de l'equilibri social.

El depressiu no està sol, viu en relació dialèctica amb els membres de la seva família, del veïnat, amb els altres; actua sobre ells al mateix temps que pateix la influència dels altres sobre ell, els pot fer xantatge, pot manipular els pares, els amics, la parella, els fills, els pot tancar en el seu món i pertorbar-los amb els seus conflictes. Tota teràpia ha d'anar més enllà del dualisme personal sanitari-pacient, per tal d'intervenir, com a element mitjancer entre ambdós, el grup social.

Per part de la família, apareixen aspectes que són constants al llarg del procés de recerca i que es manifesten mitjançant la descripció de la dificultat de conviure amb una persona que està deprimida, expressant que sovint també la seva conducta i el seu benestar estan compromesos. La depressió provoca sovint un impacte negatiu en les persones que estan

amb contacte amb el malalt, creant estrès en les relacions familiars i les relacions íntimes. Els membres de la família tendeixen a interpretar els símptomes més freqüents de la malaltia -la fatiga, la poca comunicació, l'astènia- com un reflex de la falta de sentiments i afectivitat de les relacions. Així, en relació a la depressió, encara que en un primer moment proven de donar suport, com han après a fer-ho en el cuidatge d'altres malalties, troben molt difícil no prendre's les queixes personalment, fent-se sovint responsables de la infelicitat de l'altre i creient que si la persona els estimés realitzaria esforços per estar millor. També està present el sentiment de frustració que genera haver fracassat en l'intent de protegir a la persona deprimida, fent-li veure mitjançant un procés de raonament lògic que la vida no és tan difícil ni tan dolenta com la persona deprimida es pensa.

Els arguments anteriors fan que es produeixin diferents tipus de relació malalt-grup familiar que poden afermar el procés depressiu, actuant aquests mecanismes d'acord amb el perfil de les necessitats complementàries dels altres membres de la família, i que oscil·len entre manifestacions de hostilitat i rebuig per una banda i sobreprotecció per l'altra, essent ambdues actituds facilitadores de la durada del procés depressiu. Tot això justifica la importància de la descripció dels canvis cognitius i del comportament que es produeixen dins de l'entorn familiar des del moment que s'inicia la depressió fins a la seva resolució.

Finalment, com a recapitulació analítica de tots aquests plantejaments i d'acord amb els resultats interpretatius de l'estudi que hem descrit al llarg d'aquestes pàgines, veiem com les persones i les seves famílies han explicat la forma de viure la malaltia

---

depressiva, d'experimentar una realitat, dels seus dubtes, de les seves motivacions. Cal destacar, en aquest sentit, que tot tipus d'intervenció sanitària, educativa, preventiva, en relació a la depressió, instaura una relació problemàtica i complexa amb la cultura de la persona i el seu entorn, ja que aquesta intervenció necessàriament actua sobre l'orientació de valors, confirma o desmenteix opinions, comportaments, costums, formes de fer i de relacionar-se que influeixen en la definició, l'assistència, el tractament i el pronòstic de la malaltia depressiva.

## BIBLIOGRAFIA

- Angst J. Genetic aspects of depression. En: Kline NS. Factor in depression. New York: Raven Press; 1974.
- Arbois A. Enfermedad vascular cerebral y depresión. *Medicina Clínica* 1997; 109(7):256-7.
- Ayuso JL. Clasificación y clínica de las depresiones. *Rev Clin Esp* 1997; 197 (3): 3-9.
- Baca E. Calidad de vida y depresión. *Rev Clin Esp* 1997; 197 (3): 54-61.
- Badger TA. Living with depression. Family member's experiences and treatment needs. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996; 34 (1): 21-29.
- Bandura A. Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa Calpe; 1987.
- Barreto P. Percepción de malestar psíquico por el médico en una área básica de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 491-496.
- Barrett RJ. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. Death on a horses back – adjustment disorder with panic attacks. *Cult Med Psychiatry* 1997; 21 (4): 481-496.
- Bartoli P. Antropología culturale e educazióne sanitaria. *Antropología Médica* 1986; 1: 13-16.
- Bateson G. Pasos hacia una ecología de la mente. Barcelona: Herder; 1982.
- Baylé FJ, Chignon M. Épidémiologie des maladies dépressives. *Soins Psychiatr* Abril; 1995: 174.
- Beck AT, et al. Terapia cognitiva de la depresión. 9ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1983.
- Beck AT. Depression. New York: Harper & Row; 1967.



- 
- Bensabat S. Stress: grandes especialistas responden. Bilbao: Mensajero; 1987.
  - Bertalanffy LV. Perspectivas en la teoría general de sistemas. Madrid: Alianza; 1979.
  - Bleichmar Dio E. La depresión en la mujer. Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1991.
  - Bleichmar Dio E. La depresión en la mujer. *Mujeres* 1993; 11 (2): 14-15.
  - Bott E. Familia y red social. Madrid: Taurus; 1990.
  - Bourdieu P. Le sens pratique. Paris: De Minuit; 1980.
  - Bourgeois M. Deuil. Clinique et pathologie. En: *Encycl. Mèd. Chir. Psiquiatr* 1994; 37-395-A-20.
  - Bowlby J. Attachment and loss. Vol I. New York: Penguin Books; 1971.
  - Brown GW, Harris T. Social origins of depression: A Study of Psychiatric Disorders in Women. Londres: Tavistock; 1974.
  - Burton R. Anatomía de la melancolía I. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
  - Burton R. Anatomía de la melancolía II. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
  - Burwill PW. Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiol Rev* 1995; 17 (1): 21-31.
  - Byng-Hall JJ, Whiffen R. Terapia conyugal y familiar. En: Paykel ES. Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide; 1985.
  - Campos Barreiro A. Estudio de morbilidad psíquica en la perimenopausia. Concordancia de diagnóstico entre un equipo de atención primaria y su centro de salud mental de referencia. *Aten Primaria* 1998; 9 (21): 613-616.
  - Canals J. Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 287-294.

- 
- Canino G, et.al. Methodological challenges in Cross-cultural Mental Health Research. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34 (2): 163-184.
  - Caraveo AJ, et al. La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental* 1997; 12 (2): 56-60.
  - Castel F, et al. La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona: Anagrama; 1980.
  - Castel R. El orden psiquiátrico. Madrid: La Piqueta; 1980.
  - Chamorro García L. La familia del enfermo depresivo. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1988; 16 (3): 183-189.
  - Cimminelli ML. Culture bound syndromes: un concetto vago e di dubbia utilità. *AM Rivista della Societa Italiana di Antropologia Medica* 1997; 3-4: 247-280.
  - Clayton PJ. Duelo. En: Paykel ES. Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide; 1985.
  - Clemente M, González A. El suicidio. Una alternativa social. Madrid: Biblioteca Nueva; 1996.
  - Coe RM. Sociología de la medicina. 3ª ed. Madrid: Alianza; 1994.
  - Comas d'Argemir D, et al. Vides de dona. Barcelona: Altafulla; 1990.
  - Comas d'Argemir D. Noves formes de família. *CIFA* 11: 25-31.
  - Comelles JM, Martínez A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema; 1993.
  - Comelles JM. Antropología y enfermedades crónicas. *Jano* 1988; 821 (34): 95-100.
  - Comelles JM. El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales. *Jano* 1985; 660H: 357-362.
  - Comelles JM. Salud, sociedad y enfermedad; los procesos asistenciales. *Jano* 1985; 655H: 71-83.
  - Corbella J. Tristeses i depressió. Barcelona: Columna; 1994.

- 
- Corbella J. Viure cada dia. Barcelona: La Columna; 1996.
  - Costa i Molinari JM. Manual de psiquiatria. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 1994.
  - Costa M. Salud comunitaria. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
  - Coyne J. Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54: 454-460.
  - Cubi R, et al. La depresión como problema de salud en atención primaria. *Aten Primaria* 1986; 3 (3): 163-164.
  - Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de salut de Catalunya. Salut mental. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1994.
  - Depresión en la atención primaria. Prevalencia y diagnóstico en los ancianos. [publicación periódica on line]. 1998 [ citat en 7 de juny de 1998 ]; : [12 pantalles]. Disponible en URL: <http://www.fmet.uba.ar/hclini/amedica/progra/mig/migdep.htm>.
  - Derogatis LR, Wise TN. Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria. Barcelona: Martínez Roca; 1996.
  - Devillard MJ, Otegui R. La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de artritis reumatoide. Madrid: Consejería de salud de la Comunidad Autónoma; 1991.
  - DSM-III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1993.
  - DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
  - Durán MA. La enfermedad como frontera social. Límites de lo público y lo privado. IV Congreso Español de Sociología; 1992 septiembre 24-26; Madrid.
  - Durkheim E. El suicidio. 5ª ed. Madrid: Akal; 1998.
  - Ebigo P. Development of a culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints. *Cult Med Psychiatry* 1982; 6 (1): 29-43.

- 
- Ebtinger B. Le dialogue Abraham-Freud sur la mélancolie. *Confrontations Psychiatriques*. 1976; 14:159-197.
  - Ebtinger, E. Le dialogue Abraham-Freud sur la melancolie. *Confrontations Psychiatriques* 1976; 14: 159-197.
  - Eccleston D, et al. Pacientes con depresión crónica: su perfil clínico y su tratamiento. *Psicopatología* 1987; 7 (3): 327-340.
  - Eidemiología de los trastornos depresivos.[publicació periòdica on line]. 1998 Agost [citad en 17 octubre de 1996]; 218: [2 pantalles]. Disponible en URL: <http://www.s218psiquiatria.htm>.
  - Etxebarria L. Amor, curiosidad, prozac y dudas. Barcelona: Círculo de lectores; 1997.
  - Fábrega H, et al. An integrated theory of disease: Latino-Mestizo views of disease in the Chiapas highlands. *Psychosomatische Medizin* 1973; 35: 225-239.
  - Feito R. Estructura social contemporánea: las clases sociales a los países industrializados. Madrid: Siglo XX editores; 1995.
  - Ferrari P. Dépression parentale et psychopathologie de l'enfant. *Arch Fr Pediatr* 1993; 50: 1-3.
  - Ferrarotti F. La Historia y lo cotidiano. Barcelona: Península; 1991.
  - Ferrey G. Renoncement a la vie. Suicides et tentatives. *Soins Gerontologie* 1997; 6: 7-18.
  - Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol* 1973; 28: 857-870.
  - Flaquer LL. El destino de la familia. Barcelona: Ariel; 1998.
  - Flórez JA. Aspectos psicopatológicos relacionados con el cansancio de la vida. *Medicina Integral* 1994; 4 (24): 76-83.
  - Franks P, Campbell TL, Shields CG. Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support. *Soc Sci Med* 1992; 7 (34): 779-788.
  - Freedman D. The Search: Body, Mind, and Human Purpose. *American Journal of Psychiatry* 1992; 7:858-866.

- 
- Freud S. *Métapsychologie*. París: Gallimard; 1968.
  - Freud S. Mourin and melancholia (1917). Reimpresión en *Collected Papers* 1952; 4: 152-172.
  - Gaberí R, Campañ E. Evolución de sistemas y terapia familiar. Alicante: Diputación Provincial de Alicante; 1990.
  - García-Campayo J. Somatización y familia: intervención del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998; 8 (21): 545-552.
  - Gastó C, Vallejo J. Depresiones crónicas. Barcelona: Doyma; 1993.
  - Geerken M. Gove R. Esposas y empleadas: dramáticos cambios en la familia y en la sociedad. México: Edamex; 1985.
  - Gironella JM. Los fantasmas de mi cerebro. Barcelona: Planeta; 1982.
  - Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
  - Goffman E. Ritual de la interacción. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1968.
  - Gol J, et al. El médico de cabecera. Barcelona: Fontanella; 1980.
  - Goldwyn RM. Educating the patient and family about depression. *Med Clin North Am* 1988; 4 (72): 887-896.
  - Goleman D. Inteligencia emocional. 10ª ed. Barcelona: Kairós; 1997.
  - Gómez M.S. Suicidio consumado y enfermedad mental previa; aproximación epidemiológica. *Psiquis* 1996; 17: 402-409.
  - González Marín E. Influencia de las madres afectadas de depresión sobre el desarrollo de sus hijos. *Informaciones psiquiátricas* 1990; 119: 57-60.
  - Good B.J. Culture, diagnosis, and comorbidity. *Cult Med Psychiatry* 1993; 16: 427-447.
  - Gove W, Tudor J. Roles sexuales adultos y enfermedad mental. En: Sáez C. Mujer, locura y feminismo. Madrid: Dédalo; 1979.

- 
- Gracia E, Herrero J, Musitu G. El apoyo social. Barcelona: PPU; 1995.
  - Guillibert E. Depresión y sociedad. *Psicopatología* 1988; 8 (3): 157-160.
  - Haber J, Leach AM. Psiquiatría texto básico. Barcelona: Salvat Editores; 1983.
  - Harris CC. Familia y sociedad industrial. Barcelona: Ediciones Península; 1986.
  - Harris M. El desarrollo de la teoría antropológica. 5ª ed. México: Siglo XXI; 1985.
  - Hill R. Decison making and the family life cicle. En: Shanas E, Streib CS. Social structure and the family generational selection. Streib: Englewood Clif (NJ): Prentice Hall; 1965.
  - Hipócrates. Tratados hipocráticos. Madrid: Gredos; 1983-1993.
  - Holland D. The Relevance of Person-centered Ethnography to Cross-cultural Psychiatry. *Transcultural Psychiatry* 1997; 34 (2): 219-234.
  - Holland JG. Análisis de la conducta: texto programado. México: Trillas; 1980.
  - Hollingshead A. Social Class and Mental Illnes: A Community Study. New York:Jhn Wiley; 1985.
  - Hopper K. Some Old Questions for the New-Cross-Cultural Psychiatry. *Edical Anthropology Quarterly* 1991, 5(4): 299-330.
  - Howland RH. Chronic depression. *Hospital and Community Psychiatry* 1993; 7 (44): 633-639.
  - Hughes ChC. The Glossary of "Culture-Bound Syndromes" in DSM-IV: A Critique. *Transcultural Psychiatry* 1998; 35 (3): 413-421.
  - Hughes R. La cultura de la queja. Barcelona: Anagrama; 1994.
  - Hulme PA. Somatization in hispanics. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1996; 34 (3): 33-37.
  - Hulmes T, Rahe R. The social readjustement rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-218.

- 
- Hurteau M, Bergeron Y. Portrait psycho-sociologique d'étudiants présentant des tendances suicidaires. *Can J Commun Ment Health* 1991; 10 (1): 117-130.
  - Ibáñez J. Como se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García F. El análisis de la realidad social. 2ª ed. Madrid: Alianza; 1990.
  - Iglesias de Ussel J, Flaquer LL. Familia y análisis sociológico: El caso de España. *Reis* 1993; 61: 57-75.
  - Illich I. Nemesis médica. Barcelona: Barral Editores; 1965.
  - Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina: una revisión general. [publicació periódica on line]. 1998 [citad en 7 de juliol 1998]; :[11 pantalles]. Disponible en: URL: [http://www.200.34.41.50/clinica\\_depresion/boletin2.htm](http://www.200.34.41.50/clinica_depresion/boletin2.htm).
  - Institut Municipal de la Salut. Enquesta de salut de Barcelona 1992-1993. Barcelona: Ajuntament de Barcelona, Àrea de Salut Pública; 1995.
  - Ioan CC. Aspectos psiquiátricos en familiares de psicóticos maníaco-depresivos. *Phronesis* 1976; 24: 479.
  - Izquieta Etulain JL. Protección y ayuda mutua en la redes familiares. Tendencias y retos actuales. *Reis* 1974; (96): 189-207.
  - Jackson S. Historia de la melancolia i la depresión: desde los tiempos hipocráticos a la época moderna. Madrid: Turner; 1989.
  - Jenkins J. Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry* 1998; 35 (3): 357-376.
  - Klein M. Amor, culpa y reparación y otros trabajos (1921-1945). Barcelona: Paidós Ibérica; 1994.
  - Kleinman A, Good B. Cultura and Depression. Studies in the Antropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press; 1985.
  - Kleinman AM. Depression, somatization and the new cross cultural psychiatry. *Soc Sci Med* 1977; 11: 3-10.

- 
- Kleinman AM. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
  - Klerman G. The National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area. *Social Psychiatry* 1986; 21:159-166.
  - Klerman GL. Depression and panic anxiety: the effect of depressive co-morbidity on response to drug treatment of patients with panic disorder and agoraphobia. Review. *Journal of Psychiatric Research* 1990; 24(2):27-41.
  - Klerman GL. Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder. Commentary on the Pittsburg Study. *Archives of General Psychiatry* 1990; 47(12):1158-62.
  - Kornblit A. Somática Familiar. Enfermedad orgánica y familia. 2ª ed. Barcelona: Gedisa; 1996.
  - Kraepelin E. Cent ans de psychiatrie suivi de La folie maniaco-depressive. Bordeaux: Mollat; 1986, 7ª edic.
  - Kramer PD. Escuchando al Prozac. Barcelona: Seix Barral; 1994.
  - Krief B. La depresión en España. Estudio sociológico. Madrid: Nilo; 1982.
  - Krief B. Libro blanco sobre la calidad asistencial de la depresión en España y la colaboración entre la psiquiatría y la asistencia primaria para su mejora. Madrid: Bernard Krief; 1997.
  - Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat; 1986.
  - Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat; 1990.
  - Lalonde L. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
  - Lazarus R, Folkman S. Coping and adaptation. En: Gentry W. The Handbook of Behavioral Medicine. Nueva York: Guilford; 1984.
  - Leff J. Medición de la actitud de los familiares ante el paciente deprimido y su significado. *Psicopatología* 1987; 7 (2): 243-252.



- 
- Lewis FM. The family's functioning with chronic. *Soc Sci Med* 1989; 11 (29): 1261-1269.
  - Linares JL, Campo C. El juego interaccional en la pareja. Transacción depresiva. *Cuadernos de terapia familiar* 1988; (11): 5-9.
  - Litman TJ. The family as a basic unit health and medical care: a social behavioral overview. *Soc Sci Med* 1974; 8: 495-519.
  - López-Ibor JJ. Los equivalentes depresivos. Madrid: Paz Montalvo; 1976.
  - Mackinnon A, McCallum J. The Center for Epidemiological Studies. Depression Scale in older community samples in Indonesia, North Korea, Myanmar, Sri Lanka and Thailand. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1998; 53 (6): 343-352.
  - Manson SM, Kleinman A. DSM-IV, Culture and Mood Disorders: A Critical Reflection on Recent Progress. *Transcultural Psychiatry* 1998; 35 (3): 377-386.
  - Manson SM. Culture and Major Depression. Current Challenges in the Diagnosis of Mood Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1995; 18 (3): 487-551.
  - Manson SM. Culture and major depression: current challenges in the diagnosis of mood disorders. *Psychiatric Clin North Am* 1995; 3 (18): 487-501.
  - Martí JL, Murcia M. Conceptos fundamentales de epidemiología psiquiátrica. Barcelona: Herder; 1987.
  - Martínez Hernández A. El síntoma y sus interpretaciones. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1994.
  - Maser JD, Woods SW. The Biological basis of panic: psychological interactions: Review. *Psychiatric Medicine* 1990; 8(3):121-47.
  - Matrajt M. La salud mental pública. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 1992.
  - Medina-Mora ME, et al. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. *An Inst Mex Psiquiatr* 1992; 3: 48-55.
  - Mendels J. La depresión. Barcelona: Herder; 1989.

- 
- Menéndez E. Familia, participación social y proceso salud-enfermedad-atención. México: CIESAS; 1990.
  - Menéndez EL. Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología* 1985; 23: 71-102.
  - Miguel de JM. La salud pública del futuro. Barcelona: Ariel; 1985.
  - Miguel de JM. Sociología de la medicina. Barcelona: Vicens Universidad; 1978.
  - Montiel L. La salud en el estado del bienestar. Madrid: Complutense; 1993.
  - Morlans M. Fer costat al malalt. Barcelona: Columna; 1994.
  - OMS. Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. Gineve: OMS; 1978.
  - OMS. CIE 10. Transtornos mentales y del comportamiento, descripciones clínica y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
  - OMS. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud 1978: Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.
  - OMS. De Alma-Ata al año 2000: Reflexiones a medio camino. Ginebra: OMS; 1991.
  - OMS. Les Soins de santé mentale de premier recours: rapport sur une réunion de l'OMS. Copenhague: OMS; 1986.
  - OMS. Les Soins de santé primaires dans les pays industrialisés: rapport sur une réunion de l'OMS. Copenhague: OMS; 1986.
  - OMS. Rapport sur la Santé dans le Monde [Publicació periòdica on line]. 1998; :[53 pantalles]. Disponible en: URL: <http://www.who.int/whr/1998/exum98f.htm>.
  - Oquendo M, et al. Ataques de nervios: Proposed Diagnostic Criteria for a Culture Specific Syndrome. *Cult Med Psychiatry* 1992; 16 (3): 367-376.
  - Orizo F. Sistema de valores en la España de los 90. Madrid: CIS; 1996.

- 
- Orizo FA. Informe sociològic sobre el canvi polític en Espanya: 1975-1981: IV informe FOESSA. Madrid: Fundació FOESSA;1981.
  - Otegui Pascual Rosario. El enfermo crónico y sus representaciones sobre la asistencia médica. *Jano* 1988; 808 (34): 62-71.
  - Páez D, et al. Salud mental y factores psicosociales. Madrid: Fundamentos; 1985.
  - París Serra. Crónica de crónicos: de los brotes y de las secuelas en la escoliosis juvenil. *Jano* 1988; 808 (34): 83-90.
  - Parsons T. El sistema social. Madrid: Alianza; 1984.
  - Pastor JF. Prevalencia y grado de depresión en los pacientes con artritis reumatoide. *Med Clin (Barc)* 1998; 111: 361-366.
  - Paykel ES, coordinador. Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide; 1985.
  - Pereira Tercero R. Recepción de la terapia familiar: estudio de los artículos publicados en las Revistas españolas de Psiquiatría (1984-1990). *Redes* 1996; 1(1): 77-93.
  - Pérez Blasco J. La mujer "ama de casa" como objeto de intervención psicoevolutiva. *Universitas Tarraconensis* 1992; (14): 37-43.
  - Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. Madrid: La Muralla; 1994.
  - Pimenta CA, Koizumi MS. Dor, depressao e conceitos culturais. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1997; 55 (3): 370-380.
  - Pla R, et al. La salut a Catalunya: present i futur. Barcelona: Empúries; 1980.
  - Polaino-Lorente A. La depresión. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
  - Polaino-Lorente, A. Factores sociales, cultura y depresión. *Antropológicas* 1989; 5 (6): 47-66.
  - Pons I, Ruiz A. Actes de les Primeres Jornades Catalanes de Sociologia. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans; 1985.

- 
- Postel J, Quérel Cl. Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica; 1993.
  - Praag van HM. A transatlantic view of the diagnosis of depression according to the DSM-III. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 315-329.
  - Prigent I. La experiencia depresiva. Barcelona: Herder; 1982.
  - Pruchno R, et al. Mental health of coresident family caregivers: examination of a two-factor model. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995; 50 (5): 247-256.
  - Puig de la Bellacasa JM. Ansiedad y depresión viven con el desempleado. *La Vanguardia* 1994,25 marzo.
  - Pujadas Muñoz JJ. El método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1992.
  - Ramonet I. Un mundo sin rumbo. Crisis de fin de siglo. Madrid: Debate; 1997.
  - Regier DA, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program: Historical context, major objectives and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 934-941.
  - Requena Santos F. Redes sociales y cuestionarios. Barcelona: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1996.
  - Revilla de la L. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Barcelona: Doyma; 1994.
  - Robins L. Diagnosis and Clinical Assessment: The Current State of Psychiatric diagnosis. *Ann Rev Psychol* 1986, 37:409-32.
  - Rodríguez J. de Miguel J. Salud y poder. Madrid: CIS; 1990.
  - Rodríguez JA. Envejecimiento y familia. Madrid: Siglo XXI; 1994.
  - Rodríguez Marín J, comp. Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad. [Actas del II Congreso Nacional de Psicología Social, Sociedad del Bienestar y Psicología Social]. Barcelona: PPU; 1989.

- 
- Roelcke V. Biologizing social facts. An early-20<sup>th</sup>-century debate on Kraepelins Concepts of culture, neurasthenia and degeneration. *Cult Med Psychiatry* 1997; 21 (4): 449-480.
  - Roger D. Coping. *Nursing Times* 1995; 91 (29): 42-43.
  - Rojo Moreno LM, et. al. Papel de los factores biológicos y del entorno familiar precoz en la interacción stress-depresión. *An Psiquiatria* 1991; 7(6): 260-265.
  - Romero J, et al. Desigualdades y nueva pobreza en el mundo desarrollado. Madrid: Síntesis; 1992.
  - Rosenthal CJ, Sulman J, Marshall VW. Depressive Symptoms in Family Caregivers of Long-stay Patients. *Gerontologist* 1993; 33 (2): 249-257.
  - Rubel A, O'Neill C. Susto: una enfermedad popular. México: FCE; 1989.
  - Salem G. Abordaje terapéutico de la familia. Barcelona: Masson; 1990.
  - Salgado de Snyder VN. Características psicométricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas nucleares. *Salud pública México* [publicació periòdica on line]. 1994 agost [citad el 7 d'agost de 1998]; 36: [11 pantalles]. Disponible en: URL/http://www.insp.mx/salud/36/362-10s.html.
  - Sarró B, de la Cruz C. Los suicidios. Barcelona: Martínez Roca; 1991.
  - Sarro Maluquer M, et al. Detección y tratamiento de la depresión en atención primaria. *Aten Primaria* 1986; 3 (6): 355-355.
  - Sartorius N. et. al. Trastornos depresivos en diferentes culturas: informe de un estudio de la OMS en colaboración relativo a la evaluación normalizada de trastornos depresivos. Washington: OPS; 1983
  - Sartorius N. Health and cross-cultural psychology: toward applications. Newbury Park: Sage Publications, cop.;1988.
  - Schwartz H, Jacobs J. Sociología cualitativa. Barcelona: Trillas; 1984.

- 
- Schwartz H. Jacobs J. Sociología cualitativa: método para la reconstrucción de la realidad. México: Trillas; 1984.
  - Seligman EP. Indefensión. Madrid: Debate; 1989.
  - Serna de la JL. Tristeza ósea: la depresión puede provocar osteoporosis en las mujeres. [Publicació periòdica on line]. 1998 [citad en 23 juliol de 1998]; :[2 pantalles]. Disponible en: URL: <http://www.s218.psiquiatria.htm>.
  - Seva Díaz A. Salud mental evolutiva. Zaragoza: Pòrtico; 1983.
  - Sheppard M. Depression in female health visitor consultants: social and demographic facets. *J Adv Nurs* 1997; 26: 921-929.
  - Shweder R. Culture theory: essays on mind, self and emotion. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
  - Shweder R. Culture Theory: Essays on Mind, Self, and emotion. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
  - Silverstein SM. Palumbo TR. Nonverbal perceptual organization output disability and schizophrenia spectrum symptomatology. *Psychiatry* 1995; 58(1):66-81.
  - Smith TB. Depressive Symptomatology and interaction. Behaviors of mothers having a child with disabilities. *Psychol Rep* 1993; 73: 1184-1186.
  - Sontag S. El sida y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores; 1989.
  - Sontag, S. La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores; 1985.
  - Spitz RA. El primer año de vida en el niño: génesis de las primeras relaciones objetales. Madrid: Aguilar; 1993. 3ª.ed.
  - Srole L et al. Mental Health in the Metropolis. New York: MacGraw-Hill; 1965.
  - Srole L. A Comment on "anomy". *American Sociology Review* 1965; 30(5):757-67.
  - Sullivan M. Depression and disability from chronic medical illness. *Eur J Public Health* 1995; 5 (1): 40-45.

- 
- Tabora-B, et al. Depression among chinese americans: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs* 1994; 15 (6): 569-84.
  - Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. México: Siglo XXI; 1987.
  - Tizón J. Apuntes para una Psicología basada en la Relación. Barcelona: Hogar del libro; 1988.
  - Tylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1992.
  - Uribe JM. Educar y curar. Madrid: Ministerio de Cultura; 1996.
  - Vallejo-Nágera JA. Ante la depresión. Barcelona: Planeta; 1987.
  - Varela J, Alvarez-Uría F. Sujetos frágiles. Ensayos de sociología de la desviación. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1989.
  - Vaz Leal FJ, et al. Trastornos afectivos: depresión. *Medicine (ed. Española)* 1994; 6 (67): 2969-2979.
  - Vilhjalmsson R. Life stress social support and clinical depression: a reanalysis of the literature. *Soc Sci Med* 1993; 37 (3):331-342.
  - Visauta B. Técnicas de investigación social. Barcelona: PPU; 1989.
  - Walker RJ, et.al. Depression or grief?. The experience of caregivers of people with dementia. *Health Soc Work* 1996; 21 (4): 247-254.
  - Warren BJ. Depression in african-american women. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32 (3): 29-35.
  - Watts CA. La depresión en la práctica general. En: Paykel ES. Psicopatología de los trastornos afectivos. Madrid: Pirámide; 1985.
  - Weissman MM, et al. Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: A validation study. *Am J Epidemiol* 1977; 106: 203-214.

- 
- Weissman MM, et al. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 93-99.
  - Weissman MM, et al. The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. *Copr Psychiatry* 1977; 18: 523-532.
  - Widlöcher D. Las lógicas de la depresión. Barcelona: Herder; 1986.
  - Wilson PH, Spence SH. Técnicas de entrevista clínica. Barcelona: Martínez Roca; 1995.
  - Wright LK. AD spousal caregivers. Longitudinal changes in health, depression, and coping. *J Gerontol Nurs* 1994; 20 (10): 33-48.
  - Wurtzel E. Nación Prozac. Barcelona: BSA; 1995.
  - Yela M. Psicología. Madrid: Morata; 1980.
  - Zauszniewski JA. Potential sequelae of family history of depression. Identifying family members at risk. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994; 32 (9): 15-21.



## LLISTA D'INFORMANTS.

Per tal de mantenir els nostres informants en l'anonimat s'utilitza en el text unes claus identificatives, el més simples possibles per no entorpir el desenvolupament del mateix, les cites correspondran a grups d'actors. Tindrem els malalts entre (M), els familiars en els que s'especificarà el grau de parentesc amb el malalt i el professional (P), especificant el rol professional; les sigles identificaran a una persona concreta, s'especificarà a més a més el diagnòstic de depressió.

Heus ací algunes de les dades significatives dels informants:

ABB - 65:300.4 - Casada - 2 fills (45,37)- mestressa de casa - estudis primaris -  
nivell socioeconòmic mitjà. Poble marítim.

Informants: la pacient, els dos fills i el marit.

FF - 28:296.00 - Solter - 4 germans - professió sanitària - estudis superiors -  
nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: el pacient, la mare i dos germanes.

BB - 65:300.4 - Casada - 2 fills (42,38)- mestressa de casa - estudis primaris -  
nivell socioeconòmic mitjà. Poble marítim.

Informants: la pacient, la mare.

AV - 68:300.4 - Vídua - 3 fills (42,40,22) - mestressa de casa - sense estudis -  
nivell socioeconòmic mitjà. Poble marítim.

Informants: la pacient, la filla.

RH - 45:296.2 - Casada - 2 fills (22,18) - botiguera - estudis primaris - nivell  
socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient, el marit i els dos fills.

CA - 37:300.4 - Casada - 1 filla (7) - treball esporàdic - estudis primaris - nivell socioeconòmic baix. Poble.

Informants: la pacient i el marit.

ER - 55:300.4 - Casada - 3 fills (33,30,28) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Poble.

Informants: la pacient i les dues filles.

VA - 55:300.4 - Vídua - 4 germanes - professió sanitària - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient, la cunyada i la germana.

JR - 59:300.4 - Casat - 3 fills (29,24,22) - professió tèxtil - estudis primaris - nivell socioeconòmic baix. Poble.

Informants: el pacient i la muller.

JF - 50:300.4 - Casat - 2 fills (27,24) - banquer - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: el pacient i la muller.

FB - 62:300.4 - Vídua - 1 filla (40) - jubilada - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient i la filla.

CE - 47:296.2 - Casada - 2 fills (23,16) - professió sanitària - estudis superiors - nivell socioeconòmic mitjà-alt. Ciutat.

Informants: la pacient.

FG - 51:301.8 - Casat - 2 fills (20,18) - administratiu - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informant: la muller.

CM - 59:300.4 - Casada - 2 fills (33,22) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà-baix .Ciutat.

Informants: la pacient, el marit i un fill.

JS - 53:300.4 - Casada - 2 fills (23,17) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient, una germana i filla.

FP - 56:296.2 - Casat - 5 fills (32,26,24,23,19) - conserge - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: el pacient, la muller i la filla.

JAC - 28:300.4 - Solter - 4 germans - administratiu - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà- baix. Ciutat.

Informants: el pacient i la mare.

JP - 50:300.4 - Casada -1 fill (25) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la pacient.

AA - 64:296.2 - Casada - 5 fills (30,28,25,24,18) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient.

PJ - 53:300.4 - Casada - 3 fills (29,28,27) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà. Barri.

Informants: la pacient.

FS - 68:300.4 - Casada - 2 fills (45,42) - jubilada - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Ciutat.

Informants: la pacient i el marit.

LS - 38:300.4 - Casat - 1 fill (3) - funcionari - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Barri.

Informants: el pacient.

TF - 36:296.2 - Casada - 2 fills (5,1) - professió sanitària - estudis superiors - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient.

EG - 26:300.4 - Casada - 1 fill (3) - secretària - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient.

RT - 40:300.4 - Casada - 3 fills (18,14,8) - secretària - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Barri.

Informants: el marit i dos fills.

FS - 55:296.2 - Casat - 3 fills (32,26,19) - encarregat de fàbrica - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Poble.

Informants: el pacient i la muller.

EG - 44:300.4 - Casada - sense fills - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient.

MS - 56:296.2 - Soltera - sense fills - arquitecte - estudis superiors - nivell socioeconòmic mitjà-alt. Ciutat.

Informants: la pacient.

SS - 37:300.4 - Casada - 1 fill (9) - professora - estudis superiors - nivell socioeconòmic mitjà. Ciutat.

Informants: la pacient.

SG - 68:296.2 - Casada - 1 fill (42) - jubilada - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la pacient.

MB - 65:300.4 - Casat - 2 fills (42, 40) - jubilat - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Barri.

Informants: el pacient.

EJ - 61:300.4 - Vídua - 5 fills (42,37,35,31,29) - botiguera - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Barri.

Informants: la pacient i una filla.

FR - 42:300.4 - Casada - 1 filla (19) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Poble.

Informants: la filla.

FP - 41:300.4 - Casat - 2 filles (16,19) - negoci propi - estudis mitjans - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la mare i la filla.

FG - 45:300.4 - Casada - 2 fills (22,20) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Poble.

Informants: la filla.

FC - 50:300.4 - Casat - sense fills - negoci propi - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la muller.

RS - 48:300.4 - Casada - 4 fills (33,31,29,23) - neteja - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Ciutat.

Informants: la pacient i la filla.

AE - 42:300.4 - Separada - 2 fills (26,23) - botiguera - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la pacient i company.

FS - 66:296.2 - Casat - 2 fills (43,39) - jubilat - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: el fill.

TF - 43:300.4 - Casada - 2 fills (21,18) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: el marit i el fill.

VG - 57:300.4 - Casada - 5 fills (38,36,34,33,32) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la pacient i dos fills.

MR - 55:296.2 - Casada - 2 fills (29,25) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Ciutat.

Informants: la pacient i una filla.

FR - 68:300.4 - Vídua - 2 fills (40,44) - mestressa de casa - estudis primaris - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Ciutat.

Informants: la nora.

TG - 65:300.4 - Casada - 2 fills (40,31) - jubilada - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Ciutat.

Informants: la pacient.

RH - 55:300.4 - Casat - 3 fills (29,24,22) - treball esporàdic - sense estudis - nivell socioeconòmic baix. Barri.

Informants: el pacient i la muller.

---

FD - 40:300.4- Casada - 1 fill (15) - mestressa de casa - sense estudis - nivell socioeconòmic mitjà-baix. Poble marítim.

Informants: el marit.

## **LLISTA D'ABREVIATURES.**

**CSM.** Centre de Salut Mental.

**APS.** Atenció Primària de Salut.

**TAC.** Tomografia Axial Computaritzada.

**EEG.** Electroencefalograma.

**ABS.** Àrea Bàsica de Salut.

**ANEC.** Anàlisi de l'activitat a Catalunya.

**DAP.** Desordre afectiu primari.

**TOC.** Trastorn obsessiu compulsiu.

**ECA.** Epidemiològic Catchment Àrea.

**EMS.** Models explicatius.



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI  
FACULTAT DE LLETRES  
DEPARTAMENT D'ANTROPOLOGIA SOCIAL I FILOSOFIA

**DEPRESSIÓ I FAMÍLIA: Factors socials i ideològics en  
la vivència personal i familiar de la malaltia depressiva**

**CARME FERRÉ i GRAU**

**Tesi presentada per optar al grau de doctor**

**Director: Dr. Josep Maria Comelles Esteban**

**TARRAGONA , 1999**

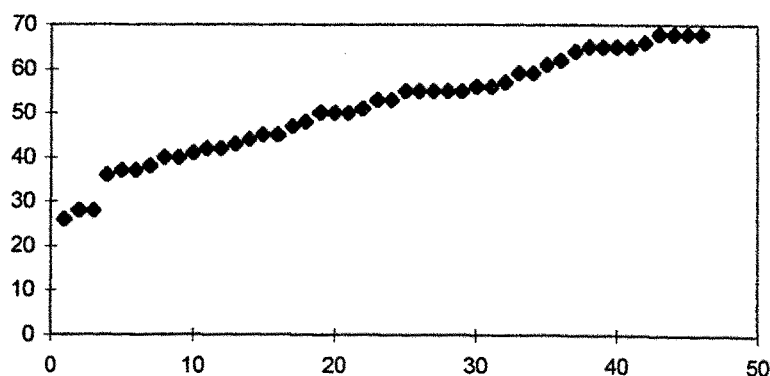
## Població estudiada

Es van elegir aleatòriament una sèrie de pacients i familiars de persones del CSM tractats de depressió major o trastorn distímic, diagnosticades segons el DSM-IV, que estaven en tractament en el moment de l'entrevista, amb una edat compresa entre els 25 i els 68 anys, i que voluntàriament van acceptar l'oferiment de participar com a informants ells i les seves famílies.

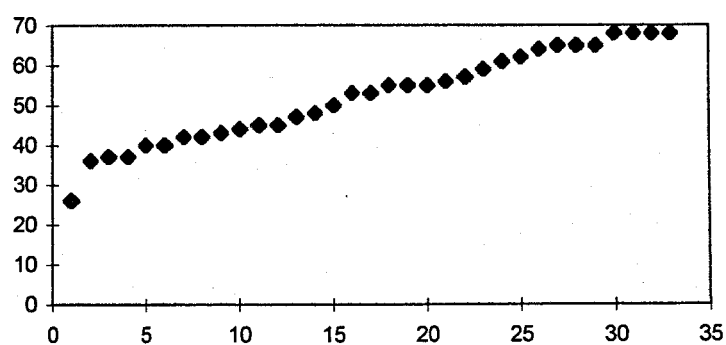
## La unitat d'observació

Estava formada per quaranta pacients, elegits aleatòriament entre els casos tractats al CSM objecte d'estudi des de l'any 1992 fins al moment de l'observació i que volien fer d'informants; en relació a aquests, vint-i-nou eren dones i onze homes, en edats compreses entre vint-i-sis i seixanta-vuit anys. Les característiques de la mostra s'especifiquen en els següents gràfics:

Edats homes i dones

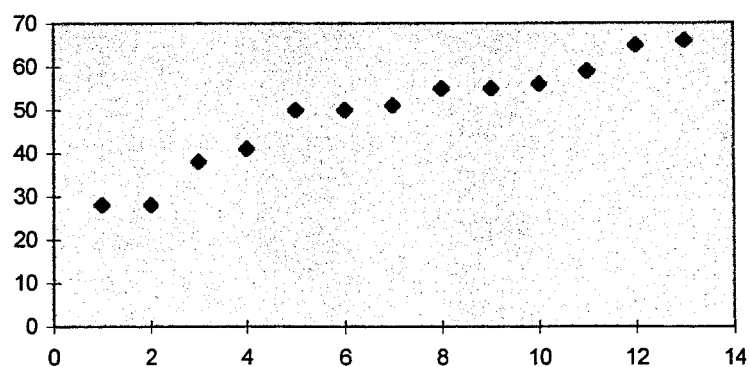


### DONES



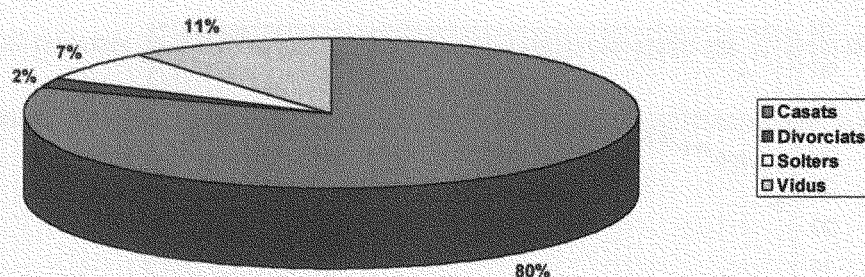
Quan a l'edat de les dones, s'observa una major freqüència en l'interval de 40 a 50 anys

### HOMES

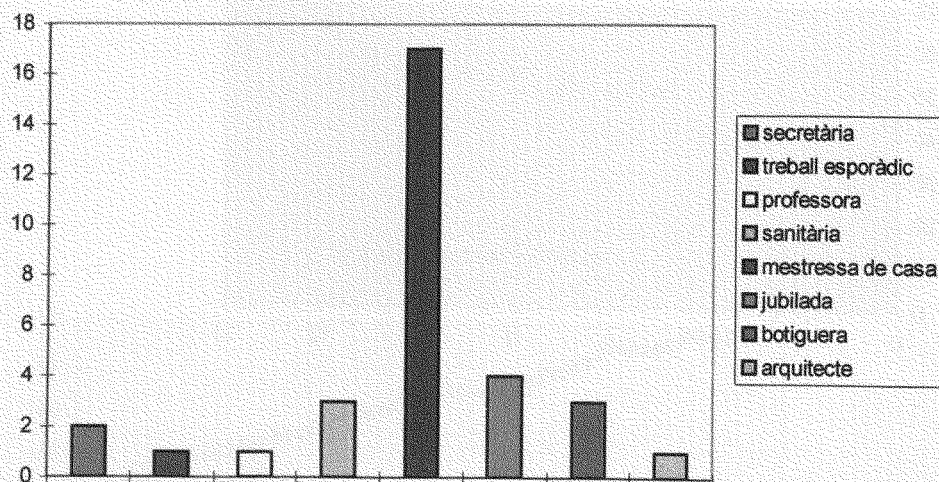


En els homes observem una major homogeneïtat de freqüència al llarg del cicle vital.

### ESTAT CIVIL

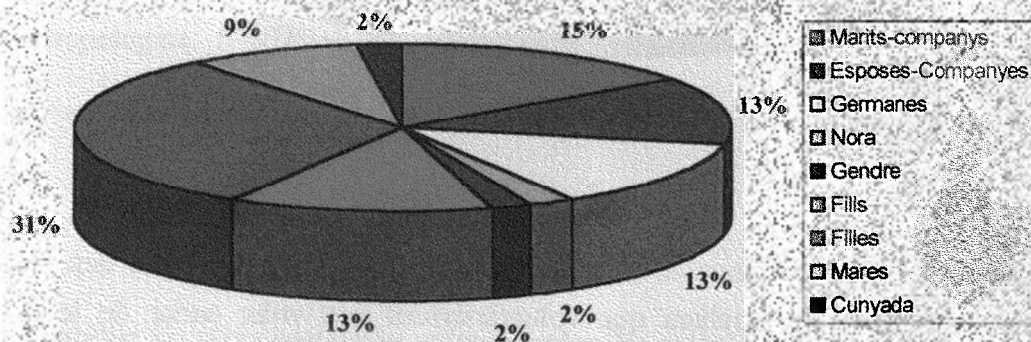


### PROFESSION DONES

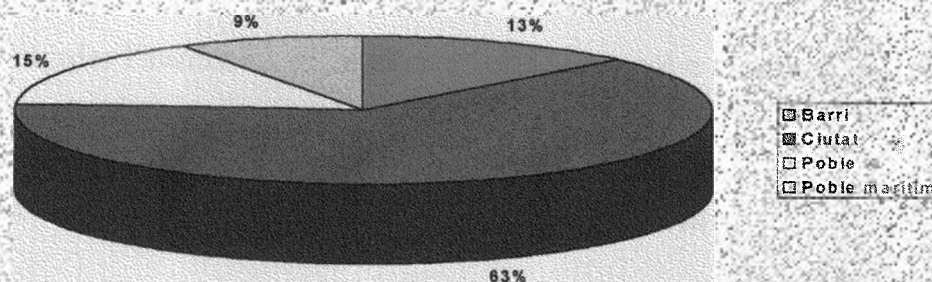


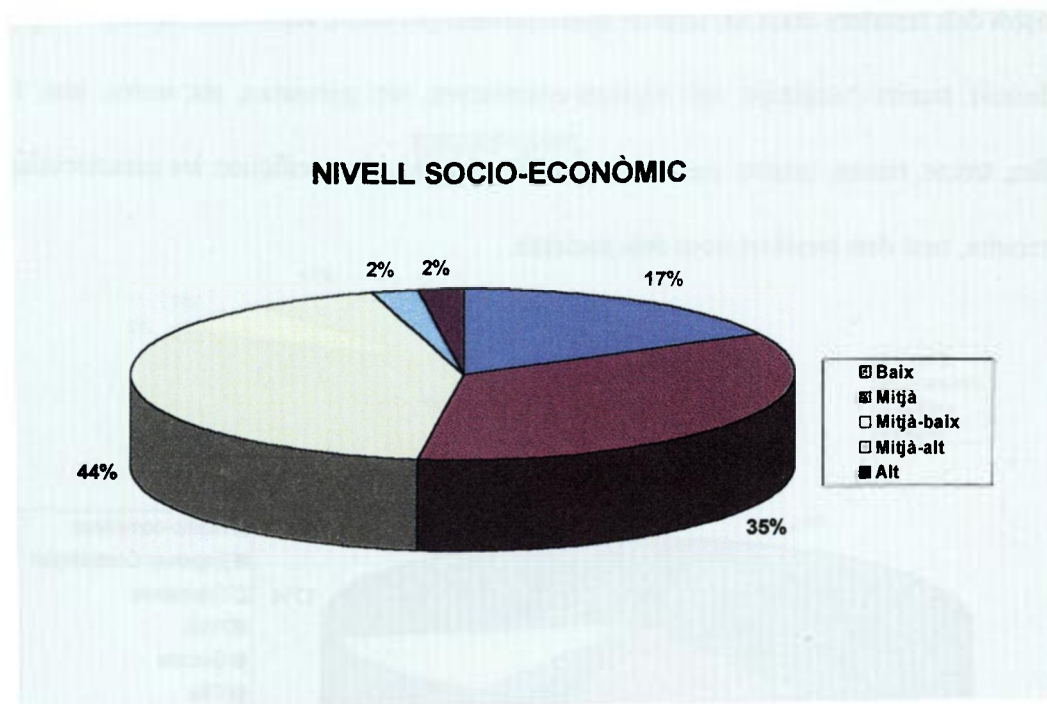
La mostra dels familiars era d'un total de quaranta-cinc persones, repartides segons la següent classificació: marits-companys, set; esposes-companyes, set; germanes, sis; nores, una; fills, sis; filles, tretze; mares, quatre; cunyades, una. En el gràfic s'especifiquen les característiques de la mostra, tant dels familiars com dels pacients.

GRÀFIC FAMILIAR



HÀBITAT





Les entrevistes amb els familiars que voluntàriament van voler parlar de les seves vivències en la cura d'una persona depressiva es van realitzar de forma individual o conjunta entre els diferents familiars de la mateixa persona. Inicialment es va pensar parlar solament amb els familiars que visquessin amb la persona malalta, però posteriorment es va veure que hi havien persones que, tot i no viure sota el mateix sostre que el malalt depressiu, tenien un paper prioritari en el seu cuidatge.

## Variables

En relació a la mostra de malalts i de familiars: Edat, sexe, nivell d'estudis, professió, grau de relació amb l'informant, tipus de depressió clínica i temps d'evolució de la malaltia,



nucli rural o urbà, tipus de família (nuclear, extensa, monoparental, etc.), existència o no d'altres malalties físiques o psíquiques a la família.

## Tècniques

És un estudi qualitatiu, prospectiu i observacional, des d'una perspectiva socioantropològica. S'utilitzen les tècniques d'entrevista i de la visita domiciliària. S'entrevista en profunditat a pacients i a familiars segons el mètode Biogràfic o Història de Vida, iniciant-se per les persones més significatives en relació a la seva malaltia (persona que habitualment l'acompanya al metge) i es continua amb les persones de l'àmbit familiar i/o xarxa social que vulguin parlar. Es completaran la/les entrevistes amb la visita domiciliària, sempre que això sigui possible, per a poder observar l'àmbit en el qual es desenvolupa l'activitat de la persona i de la seva família.

S'utilitza, per una part, l'observació participant i l'entrevista amb profunditat en la seva modalitat de semidirectiva o oberta; s'intenta en tot moment seguir un model de conversa entre "iguals" i no un intercanvi formal de preguntes i respostes, essent el propi investigador l'instrument de la recerca i no el protocol o formulari de l'entrevista. Aquest rol utilitzat em va portar necessàriament a un procés mixte, en el qual a la vegada que obtenia respostes aprenia la manera de formular-les.

**Taula núm. XII.- Aspectes a considerar en l'entrevista amb els familiars**

**1) INTENTAR CONÈIXER ELS CONCEPTES QUE ELS FAMILIARS TENEN SOBRE LA DEPRESSIÓ:**

Què creu què és la depressió?  
Què coneix del tractament i de l'evolució de la malaltia depressiva?  
Què ha vist? Què ha llegit? Què li han explicat?  
Quines conductes identifica com a senyals de millora?  
Quines conductes identifica com a senyals d'empitjorament de la malaltia?  
Què és el que més li preocupa actualment en relació a la malaltia?  
Com creu que pot sortir-se'n la Sr./a...?

**2) CERCAR LA RELACIÓ DEL SUPORT EXTERN AMB L'AFECTACIÓ FAMILIAR I IDENTIFICAR L'ITINERARI TERAPÈUTIC:**

Quines conductes li van fer pensar en una malaltia?  
Què va fer quan va detectar una forma de comportar-se diferent de l'habitual?  
A qui va demanar ajut? Quin tipus d'ajut?  
Quines persones l'estan ajudant actualment i de quina manera?  
Amb quines persones parla habitualment de la malaltia del Sr./a...?  
Quines coses va fer abans de consultar el CSM?  
Què o qui li va fer consultar al CSM?

**3) IDENTIFICAR EL GRAU D'AFECTACIÓ FAMILIAR :**

Com definiria la seva família?  
Creu que la malaltia ha canviat les relacions interfamiliars? De quina manera?  
En què creu que ha afectat més la malaltia del Sr./a...? Per què?  
Com creu que li afecta que el seu familiar tingui una malaltia depressiva?  
Qui en té cura habitualment quan està malalt/a ?  
Com ha canviat la seva forma de viure  
Quins canvis han hagut d'introduir en la vida quotidiana pel fet de tenir cura d'ell?  
Ho relaciona amb algun fet que hagi passat fa poc temps a la seva família?  
Hi ha algun altre familiar que hagi manifestat algun tipus de trastorn paral·lelament?



**Taula núm. XIII.- Aspectes considerats en l'entrevista amb els pacients**

**INTENTAR CONÈIXER ELS CONCEPTES QUE ELS MALALTS TENEN SOBRE LA DEPRESSIÓ I LA FORMA DE TENIR CURA/CURAR-SE:**

Que creu què és la depressió?  
Característiques i/o comparació amb altres malalties físiques i/o psíquiques?  
Creu què és una malaltia crònica o aguda?  
Com creu que van començar els primers signes i/o símptomes? Ho relaciona amb algun fet que li va passar?  
Què va fer per solucionar-ho?  
Com ha estat l'evolució? Quines són les conseqüències?  
Com creu que pot sortir-se'n?  
De quina part de la malaltia creu que pot fer-se'n càrrec?  
Què creu que poden fer els altres per Vostè?  
Què diu la seva família de com se'n pot sortir? Què li aconsellen que faci?  
Com van reaccionar els altres en saber que patia una depressió?  
Quin ha estat el moment més difícil de la malaltia?

**GRAU D'AFECTACIÓ FAMILIAR:**

Com definiria la seva família?  
Com el poden ajudar els seus familiars? Què espera d'ells?  
Com han canviat les seves relacions familiars d'ençà de la malaltia?  
Qui té cura de vostè habitualment quan està malalt/a?  
Com ha canviat la forma de viure?

**MOBILITZACIÓ DE LES XARXES SOCIALS:**

Amb quines persones (parents, amics, companys) es veu amb més freqüència des que està malalt/a?  
Amb quines persones tenia més relació abans d'estar malalta i no en té ara?  
L'ha ajudat algú de la seva xarxa social?  
Amb qui parla amb més freqüència quan està angosat/da?  
Li agrada que el visitin les seves amistats?

Aquests interrogants els vam utilitzar com una guia per a l'entrevista per tal d'assegurar que tots els temes serien explorats amb un cert nombre d'informants, però en cap cas constituïen un protocol estructurat, sinó que es deixava que la persona comencés a parlar lliurement sobre la vivència de la seva malaltia i la del seu familiar, intentant que en tot moment s'assemblés a una conversa entre iguals. El meu rol era sols el de centrar aquelles qüestions que em semblaven importants, alhora que demanava la descripció detallada de les seves experiències.

Les entrevistes als pacients i a les seves famílies es va dur a terme en una situació de camp no natural. Habitualment la primera entrevista era realitzada en un despatx del centre de salut mental o en una consulta del centre d'atenció primària i tenia una durada mitjana de dues hores; posteriorment, una vegada establert el *rapport* amb alguns pacients i familiars, es van ampliar les entrevistes en espais més personals, com podia ser en una visita domiciliària o en altres àmbits, depenent de la relació entrevistador-entrevistat i de les possibilitats d'ambdós.

Tenint en compte aquests aspectes, es va intentar en tot moment crear un clima de confiança per tal de facilitar la col·laboració de la persona entrevistada, tenint en compte els elements bàsics d'una comunicació efectiva: consideració positiva, empatia, respecte, així com la creació d'un espai i un temps adequat a cada cas. En qualsevol cas es va assegurar la confidencialitat de les dades obtingudes. Els resultats de l'entrevista eren enregistrats en forma de notes que immediatament després eren desenvolupades per tal d'evitar que fossin oblidats aspectes importants amb el pas del temps; per un altre costat, a més del registre de les dades proporcionades per la persona o la seva família, es descrivia en el marge del full l'estat d'ànim de la persona entrevistada, les observacions de la comunicació no verbal i totes aquelles dades que es consideraven d'interès per al procés de la investigació.

Posteriorment es llegia la història clínica de la persona per tal de comparar i ampliar les dades de la recerca amb la informació obtinguda pels professionals sanitaris en altres moments. Al mateix temps es portava un diari de camp, on s'afegien a les dades de l'entrevista i de la història clínica, altres dades de l'observació participant. Al mateix temps, s'anaven registrant les dades de l'informant en un diari, on a més de la data i els

temes examinats, en cada entrevista s'especificaven les àrees o temes a desenvolupar posteriorment, així com observacions del propi entrevistat en altres àmbits més informals: una trobada al carrer, observacions a la sala d'espera, comentaris que feien d'ell els professionals, etc... Donada la dinàmica institucional, es feia molt difícil la utilització de la gravadora en les entrevistes realitzades als centres, deixant l'ús d'aquesta per a les entrevistes realitzades en espais més informals o en aquells casos que el tarannà de la persona entrevistada ho fes possible.

La darrera part del treball va consistir en registrar l'opinió al voltant del concepte de depressió que tenien els professionals sanitaris, tant del camp de la salut mental com del camp de l'atenció primària; així, en concret, es van entrevistar metges de capçalera, de família, infermeres que treballaven en l'àmbit d'una àrea bàsica de salut (ABS), així com psiquiatres, assistents socials i infermeres del centre de salut mental que van ser objecte d'estudi. La metodologia emprada va ser la de desenvolupar grups de discussió en l'entorn de treball. La informació s'enregistrava en una gravadora ja que la quantitat de variables implicades en el procés de grup feia molt difícil poder-les observar i enregistrar a la vegada; cal remarcar, de totes maneres, que l'acalorament de les discussions feia oblidar ràpidament l'efecte intimidant de l'aparell. Al mateix temps, en el diari de camp, es registraven les dades i incidències que es donaven en el grup de discussió, els temes tractats i altres aspectes de l'observació dels mateixos professionals en altres àmbits més informals: trobades eventuais, comentaris fets fora del grup de discussió, observacions, etc... La duració aproximada era de dues hores i una vegada presentat el tema, la investigadora es limitava a la simple tasca d'observar i moderar el grup.

Aquests grups de discussió constitueixen la tipologia que (Ibáñez, 1990) denomina *grup homogen*, a causa del fet que l'elecció de la mostra es basa en criteris estructurals i amb relacions establertes *a priori*, atès que el col·lectiu de persones que constituïa el grup de discussió compartien temps, espais, activitats, percepcions i experiències institucionals.

## Consideracions metodològiques

És conegut que tot enfocament d'investigació té els seus punts forts i els seus punts febles. L'elecció de les entrevistes en profunditat va sorgir a partir de la creença que era el millor mètode per tal d'obtenir informació detallada en un espai curt de temps de la història personal i/o familiar de les persones tractades per depressió; també creia que permetia copsar la subjectivitat de les seves creences, vivències i interpretacions en relació a la depressió, cosa que es plantejava més difícil d'aconseguir únicament amb el mètode de l'observació participant, ja que era gairebé impossible poder observar els pacients i les famílies en una situació natural.

Per un altre costat, pensàvem que centrar la investigació en l'observació participant de la relació metge-malalt donava una observació molt parcialitzada, ja que en molts casos la persona no aprofundia detalladament en els fets que l'havien portat a la depressió. Hem de pensar que les entrevistes eren molt curtes i, a més a més, tant el malalt com el metge ja es coneixien anteriorment, i molts aspectes necessaris per als objectius de la recerca no eren considerats en una visita mèdica. Si bé l'entrevista era oberta, es tenien en

compte una sèrie d'interrogants que es van anar perfilant al llarg del procés de recerca i que ajudaven, posteriorment, a centrar els aspectes tractats.

No puc deixar d'assenyalar els desavantatges de les entrevistes, especialment d'aquells que deriven del fet que les dades que es recullen consisteixen en enuncis verbals o discursos i, per això, susceptibles de produir les mateixes falsificacions, enganys, exageracions o distorsions que caracteritzen l'intercanvi verbal entre dues persones, tal com ho expliquen aquests autors:

*Toda conversación posee su propio equilibrio de revelación y ocultamiento de pensamientos e intenciones: sólo en circunstancias muy inusuales el discurso es tan completamente expositivo que cada palabra puede ser tomada como auténtica.*  
(Tizón, 1988)

Tampoc es pot oblidar que les persones fan i diuen coses diferents segons les situacions. Tenint en compte que l'entrevista és un tipus de situació concreta, em plantejava sovint si la persona o la família dirien el mateix en altres situacions; de fet aquesta limitació s'intentava pal·liar contrastant o afegint, a les notes de camp, informació addicional aportada per altres persones o professionals, a la vegada que llegia la història clínica després i no abans de parlar amb els diferents individus. Així i tot, sóc conscient de la multitud de variables implicades en la utilització d'una tècnica que es basa en una situació d'intercanvi entre dues o més persones:

*Entre narradores y escuchadores la relación es directa, imprevisible, problemática. Es, en otras palabras, una relación verdaderamente humana, es decir, dramática, sin resultados asegurados. No hablan sólo las palabras sino los gestos, las expresiones del*

*rostro, los movimientos de las manos, la luz de los ojos. Este es el don de la oralidad: la presencia, el sudor, los rostros, el timbre de las voces, el significado - el sonido - del silencio.* (Tizón 1988)

En la recerca vaig creure important incloure una gran varietat de persones, famílies de diferent edat, sexe, condició sociocultural i laboral, essent conscient que això faria renunciar a la profunditat de la comprensió que s'obté a través de l'elaboració d'una història de vida d'una família concreta en un entorn determinat; per tot això, vaig optar per un mètode d'inducció analítica.

L'únic tret en comú que *a priori* comparteixen les persones de la mostra és el fet de ser diagnosticades i tractades per depressió en el centre de salut mental objecte d'estudi, o tenir un familiar en aquestes condicions. A més de les condicions que la selecció de la mostra assenyalen, aquesta presenta característiques com: sexe, grau d'afectació, i d'atenció sanitària pública, que és necessari tenir presents per a valorar en la mida justa els resultats d'aquest estudi.

Pel que fa a la mostra, en primer lloc, el nombre de dones afectades per depressió és tres vegades major en la població, per la qual cosa, mantenint aquesta proporció, fa que aquest estudi mostri amb més fidelitat la representació femenina de la depressió que la masculina, ja que s'ha parlat amb un nombre més important de dones que d'homes.

En segon lloc, en considerar el diferent grau d'afectació i d'evolució de la malaltia es va veure que molts dels informants estaven en procés de recuperació, la qual cosa em va fer pensar que hauria estat important estendre aquesta mostra en la investigació dels moments més aguts ja que aquests eren explicats a partir dels records. Tampoc es pot

obviar que el fet de recollir la informació sobre un procés de malaltia que, en molts casos, s'havia iniciat feia temps, comporta que la persona i la família vagin canviant al llarg d'aquest procés les representacions de la malaltia. Així doncs, el relat de les vivències no deixava de ser una reconstrucció del passat realitzada *a posteriori*, és a dir, mediatitzada pels elements de la informació amb els quals no podia comptar aleshores i a la vegada per les seves necessitats i expectatives presents. En aquest sentit, la duració de la malaltia marca d'una manera peculiar tant les vivències com les imatges que es transmeten a l'investigador. Cal considerar, doncs, que en cap moment es pot prendre el discurs actual com una reconstrucció fidel del passat, sinó que aquesta està mediatitzada per la informació actual i la memòria.

En tercer lloc, l'apropament als informants es feia a través del CSM o el CAP, on el metge i la infermera li proposaven a la persona i a la seva família si volien participar en una investigació sobre la depressió; posteriorment, en els casos afirmatius es concertava una entrevista per parlar de la seva malaltia o de la del seu familiar. En aquest sentit, la mostra era representativa d'una persona o família amb un grau d'estabilitat normal, ja que probablement trobaríem a altres persones o famílies "molt més difícils" que es negaven a participar en les entrevistes o a les quals ja no se'ls proposava fer-los participants de l'estudi.

Assenyalar que, si bé les persones diagnosticades de depressió estaven acostumades que se'ls preguntés coses sobre la seva malaltia o la seva vida, els familiars se sentien desconcertats i habitualment venien a l'entrevista amb tots els papers que tinguessin referents a la malaltia, potser perquè pensaven que els preguntarien la forma com havien portat el procés. De totes maneres, una vegada superada la sorpresa inicial, la majoria se

sentien especialment estimulats pel fet de poder explicar la seva experiència en l'acompanyament d'un familiar depressiu i intentaven allargar l'entrevista tant com fos possible. Alguns, a més, portaven una llista de preguntes a fer sobre la malaltia. Com a fet anecdòtic, es pot remarcar l'interès i la quantitat de detalls presentats en les entrevistes per part de les mares, filles i esposes a l'hora d'expressar les seves experiències i sentiments en la relació de tenir cura del familiar depressiu, independentment d'aspectes relacionats amb la voluntat i la capacitat. Aquest fet ens pot indicar el major grau d'implicació emocional de les dones en el procés de tenir cura d'una persona depressiva i una major disponibilitat per comunicar successos vivencials i problemes familiars.

No es pot deixar d'assenyalar que la present investigació té trets clarament femenins. Quatre han estat els factors perquè això fos així: en primer lloc, cal destacar el major nombre de dones afectades i tractades per depressió; en segon lloc, ha existit un major nombre de familiars femenins que han volgut venir a explicar les seves vivències en relació amb la depressió, mares, filles, companyes, esposes, etc dels pacients. Recolzant la tendència que sigui una dona la que tingui cura dels membres malalts, també queda constatada una major disponibilitat per part d'aquestes dones de compartir la situació familiar amb la investigadora, explicant amb tot luxe de detalls les baralles i les anècdotes familiars. Encara que això sigui en termes generals, també cal dir que he comptat al llarg de la investigació amb molt bons informants homes i que, una vegada superada la resistència inicial, s'han expressat amb la mateixa espontaneïtat, quantitat de detalls i perspicàcia que moltes dones. En tercer lloc, el major nombre de professionals sanitaris amb els quals m'he relacionat han estat dones, tant al centre de salut mental com a l'àrea bàsica de salut; per últim, la pròpia condició femenina de la investigadora,



que si bé ha estat un factor facilitador en alguns moments, en altres ha pogut deixar de considerar aspectes importants que potser s'haguessin copsat des d'una òptica més masculina.

Al llarg d'aquestes pàgines s'ha assenyalat el problema de la "veritat" en la investigació qualitativa, que és difícil d'aconseguir realment, encara que en tot moment s'ha intentat una traducció honesta de la forma que els informants es veuen realment a si mateixos i les seves experiències. Així, doncs, es construeix l'etnografia combinant les observacions fetes en l'entorn institucional amb les entrevistes i les informacions de diferents aspectes de la interacció social, el que conformaria una investigació teòrica i pràctica des del punt de vista qualitatiu.

## Organització del treball de camp

El treball de camp ha estat organitzat en dos apartats diferents:

En la primera part es consideren els aspectes vivencials que, en relació a la malaltia, tenen els pacients, els familiars i els professionals, com expressen les seves queixes i com organitzen el procés de l'assistència. En aquest apartat eren considerats tres aspectes:

1. **SOBRE LA MALALTIA:** Fa referència a la forma en què es manifesta el trastorn i el pas de l'experiència del patiment -com un procés subjectiu i individual- al diagnòstic de la malaltia depressiva.
2. **La manera com era viscuda i interpretada l'experiència per part de la persona, la família i l'entorn.** Les preguntes s'organitzaven en base als següents aspectes:
  - JO NO HI CREIA.
  - ESTIC BOIG?
  - PER QUÈ ARA?
3. **SOBRE L'ASSISTÈNCIA I EL TRACTAMENT:** Descriu les dades del procés d'assistència i les relacions que s'estableixen entre la persona, la família i els professionals.

La segona part del treball de camp està centrada en l'àmbit familiar, en els processos que utilitzen en relació a l'adaptació que la malaltia i el cuidatge els genera. Es consideren els següents aspectes:

## **2<sup>a</sup> part**

# **TREBALL DE CAMP**

## SOBRE LA MALALTIA

*"Em feia mal tot des de la punta dels cabells fins al dit del peu - o bé - em faltava energia, no em podia moure, tots els músculs em feien mal, és un cansament que no es pot explicar, sents com si per alguna part del teu cos s'estigués escapant tota l'energia i no pots fer-hi res. Quan estàs al llit és com si una força no et deixés aixecar, és una sensació molt rara (...) Jo habitualment feia ioga i ballet, però quan estava amb depressió no podia moure ni les cames et dona la impressió que la força de la gravetat t'aplastava i no et deixa fer res." (M. S., 296.2)*

*"Era per Nadal, estàvem tots a casa, l'únic que havia notat fins aquell moment era que estava molt cansada, a les dotze de la nit vaig anar a estendre un cubo de roba i al mirar la terrassa em va agafar un vertigen molt gros me'n vaig anar a dormir però a l'endemà continuava igual, a més tenia una sensació molt rara era com si m'estiessin amb una tenalles les parpelles, així i tot anava a treballar però a la botiga cada vegada tenia les coses més enredades fins que al final vaig haver d'acceptar que allò no era normal i vaig anar al metge." (T. G., 300.4)*

La depressió, es representa per un patiment o malestar a vegades expressat com a sensacions físiques que poden ser específiques: per exemple, el maldecap, l'ofec, les palpitations, la pèrdua de la gana, els trastorns del son, els trastorns de l'equilibri, vertigen, o d'altres més generals. El lloc-espai on se situa aquest mal és el cap, els malalts manifesten sobretot dolor i sensació de pes al cor manifestat per una sensació de ròssec i opressió. De vegades diu, la persona, que ha tingut la sensació de no poder respirar, d'un nus a l'estómac; altres diuen experimentar l'angoixa de la mort, manifestant també una clara dificultat en el manteniment de l'equilibri. Si bé aquesta sensació de ròssec es relata de forma diferent, en cinc casos han utilitzat per explicar-ho

la sensació de tenir “un animal dins el cor que els estigués menjant per dins: una rata, un...”, potser en un intent de diferenciació d’altres sensacions de dolor que hagin experimentat en altres moments de la seva vida.

La majoria del grup estudiat diu haver començat la depressió per molèsties de tipus físic, presentant a la vegada diferents trastorns; per exemple, han identificat com a més importants els trastorns del son i maldecap o bé ofec o mal d’estómac, sovint havent notat vertígens i mareigs. Encara que aquests símptomes solen estar presents en la majoria dels entrevistats, aquests posen més èmfasi en l’un o l’altre. En quatre de cada cinc casos són aquestes sensacions físiques les que l’han motivat a demanar ajut professional. En els casos en què es van identificar, a més a més, palpitations i dolor al pit, són persones en què hi ha algun component ansiós en la seva depressió i freqüentment creuen tenir *a priori* una malaltia cardíaca:

*“La primera vegada va ser per la revetlla de Sant Joan, jo tenia vint anys, vaig començar a notar un malestar de tipus físic, ofec, angoixa, tremolors i em feia mal tot el cos, vaig anar a urgències ja que em vaig espantar molt, em van fer totes les proves i em van dir que no tenia res però jo progressivament em vaig anar enfonsant, molta tristesa, molta angoixa, poques ganes de sortir de casa i per mitjà d’una coneguda que era especialista en aquests temes, els meus pares van descobrir que allò que em passava podia ser una depressió, jo no n’estava convençuda, no m’ho hagués pensat mai que em pogués passar a mi, creia que era un mal de tipus físic, que patia del cor, era molt jove.” (S. S., 300.4).*

Cal remarcar, de totes maneres, que nou de cada deu persones, diuen haver iniciat la recerca d’ajut a partir de les queixes físiques, i al començar l’entrevista expliquen un ventall de símptomes de naturalesa orgànica. És després, quan ja hi ha més confiança

amb l'investigador, quan s'inicia el relat de les seves sensacions, pensaments, sentiments durant la seva depressió. Aquestes queixes físiques els porten inicialment a la recerca d'un diagnòstic de malaltia física i sovint inicien un itinerari assistencial que comença al metge de capçalera i continua amb els diferents especialistes de l'atenció primària.

Així doncs, aquesta simptomatologia física va acompanyada de sensacions i sentiments de naturalesa més emocional, que la persona descriu com inquietud, tristesa, desànim, inseguretat, sentiments d'incapacitat, inadequació i apatia, i que es representa com sensacions que vénen de fora i es van posant a dins, que coexisteixen llarg temps amb una convivència difícil, explicant com a poc a poc "s'apodera d'ells i ja no ho poden dominar", fent referència a una sèrie de comportaments que escapen del seu propi control i explicant que els sorpren no tant la seva novetat sinó la seva intensitat i el domini que té sobre ells a pesar de voler-los dominar. El mal els domina i els agita:

*"Me lié a darle vueltas a la cabeza, no la podía parar, siempre estaba pensando y ningún pensamiento era positivo... que ni nadie me quería, que si estaba mal..., que si mis hijos eran unos desgraciados y así un día detrás de otro..., después del tratamiento noté que estaba mejor porque un día me encontré cantando y pensé o que bien he podido parar mi cabeza. El otro día caí y me rompí el brazo, cuando estaba en el hospital pensé al menos que la cabeza esté en su sitio." (E. G., 300.4).*

O el mal els paralitza:

*"No podía menjar, se'm va tancar l'estómac, em vaig aprimar un munt de quilos, no em podia aixecar del llit, tenia unes idees fixes i només tenia ganes de plorar, tenia una boira al camp que no em deixava pensar amb claredat (...) És progressiu, no saps*

*ben bé quan comença, cada vegada vas notant més els símptomes. Jo els símptomes ja els coneixia ja que feia dos anys que s'havia suïcidat una amiga a causa de la depressió. No tens ganes de fer res, jo arquitecte no podia treballar, no podia llegir, no tenia gana, només tenia son, sents una gran inquietud, les idees es fan fixes com un clixé, tens por de tot, ganes de plorar i a més estàs convençut que ningú et pot ajudar, en aquell moment ni la meva mare em podia ajudar."(M. S., 296.2)*

En l'explicació del seu domini del mal es pot observar un model en què preval sobretot la inquietud i un altre en què preval la paralització o apatia.

Després de la simptomatologia física s'expliquen una sèrie d'experiències, que d'una manera o de l'altra, estan presents en els relats de les persones investigades. No sempre consten en la història clínica del CSM, potser perquè la persona pensa que són molt subjectives i, per tant, difícilment acceptables per poder-les tractar científicament. Són aspectes que conformen el relat del seu patiment, i per tant, són totalment subjectius. Sovint, al llarg de les entrevistes, remarquen la dificultat d'explicar-ho de forma que es pugui entendre, plantejant-se si allò que els passa és real o s'ho fan ells, especialment si no hi ha cap causa al seu entorn que justifiqui aquest estat d'ànim:

*"Va ser una nena, el primer era un nen, tot molt bé, una nena desitjada, primer em va venir una gran eufòria però als dos mesos vaig començar a enfonsar-me, no tenia ganes de fer res, no sabia comprar, no sabia organitzar-me, no menjava res, cada dia per la nit pensava que no em passava res, que demà seria diferent, em repetia que tenia molta sort, que no tenia dret a sentir-me així, jo havia conegut nens amb problemes i la meva nena estava perfecta, però l'endemà em sentia igual, i així un dia rere l'altre fins que al final, després de passar-me tres setmanes sense menjar res, el marit va entendre que em passava alguna cosa important i em va preguntar si no els*

*estimava, després vam anar al psiquiatra, doncs el metge de capçalera ja feia temps que em tractava amb vitamines però no n'hi havia prou." (T. F., 296.2)*

En els casos que hi ha hagut diversos episodis depressius es recorda amb claredat si el començament de la malaltia ha estat mitjançant una simptomatologia física o de naturalesa més emocional, malgrat tot en els relats actuals sobre la malaltia es veuen aspectes representatius d'ambdues simptomatologies. Com que els discursos són molt variats es poden identificar una sèrie de queixes que es van repetint i que, crec, singularitzen l'expressió del patiment emocional en la mostra estudiada. Els principals són els següents:

### *La lesió no es veu*

És difícil poder identificar la depressió com una malaltia com pot fer-se amb un infart, una fractura ...; es pensa que aquestes malalties es "veuen" i la depressió no. Remarquen la impossibilitat de poder comunicar la seva experiència als altres, a causa de la raresa d'experimentar "dolor moral" sense cap lesió física. El dolor diuen, és real; afegeixen, "et sents morir, i això no obstant saps que no tens cap mal per morir-te, però d'aquella manera no pots viure":

*"Jo tinc fe però m'hagués deixat morir, no m'hagués aixecat del llit per res del món, pensava -ojalà tingués noranta anys! Perquè així em moriria de pressa-, jo en tinc seixanta i a viure d'aquesta manera no m'hi veig amb cor. Cada dia per la nit resava: Déu meu fes que tingui noranta anys i pugui morir-me demà mateix, ja sé que això no té gaire sentit, però jo ho pensava d'aquesta manera: no puc viure. Tenia al meu marit "ferit" a casa i a la meva sogra que també tenia que cuidar, me'ls mirava i pensava,*



*sort que no s'adonen que depenen d'una dona com jo, em feia llàstima a mi mateixa."*  
(A. A., 296.2)

Una de les altres imatges que té la persona del seu "mal" és que aquesta malaltia: "És molt rara", "Si no l'has passat no la pots entendre", "No et fa mal res i et sents morir", subratllant com a dificultat per poder entendre-la i comunicar-la als demés, familiars, professionals, entorn, la dificultat per expressar el patiment, que no és causat per una lesió física i que per tant, no es tradueix per un fet objectiu a partir del qual poder-lo intuir:

*"Si tens una ferida t'acomodes al dolor, però al dolor moral no s'hi acostuma ningú, potser és pel fet de no veure's exteriorment, això fa que la teva experiència sigui solitària, no obstant és realíssim i et porta la sensació que més val morir-te .../ Jo crec que altres persones són més fàcils d'ajudar, però el depressiu de vegades vol amagar el dolor a la gent que l'envolta, potser els veus incapaços d'ajudar-te, el dolor moral és molt profund, és un dolor solitari, no el pots comunicar als altres, no hi poden accedir, no ho sé tot és molt complicat. Potser en el fons t'hi acostumes, a estar sol i això et dóna una certa supèrbia, per una part et desprecies a tu mateix, però en certa manera és una forma de "lamerte en tus propias heridas", o potser és que jo sóc més complicat que els altres."*(F. F., 296.2)

Si l'afectat ha patit anteriorment una altra malaltia o lesió física amb dolor, explica, que per molt fort que hagués estat aquest, va poder comunicar la seva experiència als demés amb molta més facilitat; i aquests en poder contemplar la seva lesió o ferida, entenien i compartien amb ell el seu patiment, cosa que ara, quan està depressiu se'ls fa difícil d'entendre què li està passant, i pregunten: "per què estàs així?". Afegeixen desitjar patir qualsevol altra malaltia, sempre que aquesta sigui física, alguns fins i tot diuen:

*-encara que fos un càncer-, ja que pensen que els seria més fàcil poder comunicar el seu patiment a l'entorn alhora que n'obtindrien més comprensió i menys pressió.*

Cinc persones, a més, assenyalen que l'única manera que tenen de parar el dolor moral i aturar el pensament és infruint-se mal físic:

*"Cuando estoy tan mal, lo único que me consuela es pasear y pasear por el bosque, entonces cojo un piedra y me doy con ella en el dedo,-ensenya la deformació del dit- el dolor que esto me provoca me para el pensamiento, y entonces concentro toda mi energía en mi dolor físico, y durante un rato estoy mucho mejor." (F. F., 296.2)*

*"Quan va estar millor de la depressió va ser quan va estar ingressada a l'hospital...degut a una fractura ja que allí la cuidaven i la tenien molt mimada Això ho explica el marit, però la dona afegeix -No és perquè em cuidessin que estés millor sinó perquè jo pensava, déu meu! Enguixada fins aquí. -Assenyala el coll, però que el cap em pari ja que al dolor físic t'acostumes, però quan estàs amb depressió et despertes a les cinc del matí i no penses res de bo, que la gent es dolenta, que tu ets un trasto, que ningú no t'estima, que ojalà estigués morta.-" (R. T., 300.4)*

### *Tot se't fa una muntanya*

Molts expliquen com les seves habilitats automàtiques es fan molt complicades i difícilment aconsegueixen realitzar les activitats habituals, un bon exemple d'això, el tenim amb els estudiants de la mostra que parlen de passar-se molt de temps davant d'un llibre i no entendre res, cosa que abans no els passava; les mestresses de casa que es defineixen com a bones cuineres expliquen que no es recorden de com fer el menjar, els

professionals, que es passen hores i hores al despatx sense treure's la feina del damunt. També expressen la seva estranyesa davant el fet de no poder realitzar les tasques, tot i no tenir cap lesió o incapacitat física que ho justifiqui -no t'expliques com de cop i volta et mires el llit i no saps com fer-lo. Aquesta pèrdua de la capacitat de fer les coses més senzilles, els porta a no poder vestir-se, no saber què comprar, no saber cuinar, no entendre el que es llegeix; et diuen com de cop i volta, es troben que el problema més fàcil se'ls fa impossible de resoldre, ja que no es poden decidir per res:

*"Jo de sempre he sigut una persona molt presumida, m'ha agradat tenir de tot, quan anava a dutxar-me i veia la quantitat de xampús que hi havia me'ls mirava tots i pensava no aquest no, aquest altre tampoc, aquest no sé si anirà bé per al cabell blanc, aquest tampoc perquè és per a la caspa del meu fill, al final sortia de la dutxa sense rentar-me el cap, no sabia per quin xampú decidir-me." (A. A., 296.2)*

Una altra informant ens diu:

*"No em reconec a mi mateixa, vaig tenir que plegar la botiga ja que no era capaç de posar-hi ordre, vaig anar acumulant gènere i al final no trobava res, sort que tenia molt bones clientes al barri, i em deien senyora T... busqui'm tal cosa i demà passaré a buscar-ho, de vegades els hi trobava i d'altres no. Fins que va arribar un moment que allò no podia ser, em feia por d'anar a Barcelona a buscar gènere i no entenia com podia organitzar les factures, cosa que havia fet tota la vida, la meua filla em va ajudar i vam tenir que liquidar la botiga." (T. G., 300.4)*

Expliquen aquests fets amb estranyesa però amb un somriure de vegades com si no entenguessin com es podien complicar tant la vida quan estaven "deprimits". Assenyalen, al mateix temps, com aquesta dificultat els treia la poca satisfacció que els

podia generar fer la tasca. L'acompliment d'aquesta el viuen com un fracàs i algunes persones consideren que és millor abandonar-les, almenys les que poden. D'altres diuen que, malgrat les dificultats, segueixen realitzant-les però estan del tot convençuts que no se'n sortiran. Alguns comenten amb tristesa com se senten pressionats per l'entorn a seguir realitzant-les perquè pensen que així els estimularan i milloraran de la seva malaltia. A més, la pèrdua de seguretat que diuen sentir els porta sovint a dubtar que fossin els mateixos que en un altre moment haguessin tingut un nivell d'actuació més adient:

*"No me'n sortia de res, no sabia cuinar, no sabia que tenia que comprar...Jo els preguntava a la gent del meu voltant: és possible que hagi tingut cinc fills i hagi tirat endavant? No m'ho creia que fos jo la mateixa persona que hagués pogut fer tantes coses." (A. A., 296.2)*

Alguns, a més a més, ho relacionen amb una manca d'energia i un cansament per fer les coses, sense saber si és el cansament el que els complica les accions o és a l'inrevés.

### *Ho veus tot negre*

És com si portessin unes ulleres que sols els permet copsar en totes les circumstàncies els aspectes negatius, tot allò que passa al seu voltant és motiu de tristesa, a la vegada que se senten culpables de les coses més insòlites. A més a més, remarquen aspectes com la idea de pensar que aquesta tristesa no canviaria mai, assenyalen com un fet important la tristesa que els generava el contacte amb els altres, especialment si aquests estaven contents. Fou un fet decisiu a l'hora de buscar ajut i tractament adonar-se que ja

no podien dominar el plor i que en les situacions més insòlites els queien les llàgrimes. Descriuen que obligar-se a estar en contacte amb la gent els provocava un sentiment d'estranyesa perquè el seu estat d'ànim no coincidia amb el d'ells; aquest fet, els porta sovint a preguntar-se: "què faig jo aquí?, i s'aïllen en un racó i es posen a plorar. Les persones de l'entorn de vegades expliquen aquesta situació dient que els sembla que, com més bé, aparentment s'ho estigués passant, la persona depressiva, en arribar a casa més trista estava. Potser ells també han observat aquest sentiment d'estranyesa i la distància de l'estat d'ànim del familiar en comparació amb l'estat d'ànim dels altres.

*"Jo sempre havia sigut una persona molt alegre i enraonadora, normalment sortíem els dissabtes a sopar amb uns amics, ara encara de vegades surto una estona a sopar o prendre alguna cosa, més que res per acompanyar el meu marit, però em sento malament, i m'escaparia a casa corrents. Em sento rara, estranya, em pregunto que faig jo allà, ells estan contents i alegres i jo en canvi em posaria a plorar, davant d'ells no ploro, però quan arribo a casa me'n faig un fart de plorar. La mare afegeix: el seu marit no sé com té tanta paciència, sempre ha de sortir sol i no li agrada gens (...) Els amics de vegades em diuen, es nota que no està bé la seva filla ja que no té ganes d'organitzar res." (B. B., 300.4)*

En aquesta part de la conversa les persones s'emocionen i ho expliquen amb llàgrimes als ulls. Seguidament afegeixen altres relats de la seva vida, objectivament més tristos, i manifesten que en aquells moments no havien plorat tant com ara que estan amb la depressió. Per fer entenedor el seu estat d'ànim utilitzant la metàfora de trobar-se atrapats dins d'un pou negre, un túnel sense sortida o davant d'una porta tancada, donant a entendre que no veuen cap possibilitat per poder canviar la seva situació. D'altres, no parlen tant de la tristesa sinó de l'angoixa o el temor pel que els podia passar a les persones del seu entorn:

*"Feia la vida impossible al meu nét, tenia un desespero, l'anava a buscar a l'escola i no el deixava jugar, tenia por que li passés alguna cosa, al meu fill i al meu marit també els vaig amargar la vida, sempre tenia por que els passés alguna cosa, no els deixava viure." (S. G., 296.2).*

O a ells mateixos:

*"Tot em feia por: fer-me vella perquè pensava que els vells no els vol ningú, quedar-me sense diners, si venien els néts i m'estripaven un tros de paper de cuina era com si m'arrenquessin l'ànima, inclús estalviava l'aigua que no pago." (T. G., 300.4)*

De vegades especifiquen que totes les desgràcies o malalties que senten explicar al seu voltant pensen que els poden passar a ells (un càncer, un accident, un atac de cor...). Els estranya que, per una part, desitgin morir-se i per l'altra tinguin por de patir un ensurt, però ho resolen dient: *"ja pateixo prou com perquè al damunt em passin més coses"*. Aquests aspectes són representatius de les persones que en el seu trastorn depressiu predomina l'angoixa sobre la tristesa:

*"Ahora hace unos días que no vivo porque me tienen que hacer una mamografía y me despierto por las noches pensando que tengo cáncer. Yo por la calle no puedo oír hablar de enfermedades ya que me pongo peor, tampoco puedo ver programas de estos que hacen tan tristes ya que entonces no puedo vivir pensando que a alguien de mi familia le pueda pasar lo mismo." -El marit està present a l'entrevista i confirma tot el que està dient-. (S. S., 300.4)*

### *Sents que tothom et trepitja*

Sovint s'utilitza la metàfora de la catifa per donar a entendre els sentiments que els genera el pensament que els demés s'aprofitin d'ells. Tot allò que passa al seu voltant, bo o dolent, és per molestar-los, i de vegades intenten defensar-se mostrant-se irritables o senzillament es tanquen en si mateixos i s'aïllen per tal d'evitar els problemes. Aquest grau d'allunyament depèn de cada persona, però els dos terços diuen estar convençuts que ningú els estima, malgrat que els demés intentin demostrar el seu afecte, expliquen que fins i tot els pot produir un efecte oposat:

*"He notado que de un tiempo a esta parte, mi hija de ocho años, que nunca ha sido una persona muy cariñosa, al llegar del colegio quiere estar encima de mí. Ello me pone triste, porque me da por pensar que está notando lo de mi enfermedad, preferiría morirme antes que mi enfermedad le afectara a ella." (S. S., 300.4)*

O bé es remarca el fet que es creu que, tot i tenir una família que se l'estima i es preocupa per ell, diuen sentir-se frustrats perquè la malaltia els fa patir i es rebutgen a si mateixos pel mal que els està ocasionant.

### *No saps què dir*

Dels problemes que tenen per comunicar-se amb els altres en remarquen tres aspectes: Un relacionat amb la dificultat de trobar paraules per expressar-se adequadament, ja que creuen que el seu vocabulari s'ha reduït significativament i sovint es troben que no saben què dir. Aquest aspecte del llenguatge el solen remarcar també les persones de

l'entorn del malalt, dient que saben quan està pitjor tant pel to de veu, com per la dificultat en expressar-se:

*"Jo fins i tot per telèfon li ho noto: Ella sempre ha sigut una persona molt enraonadora, en canvi quan està amb la depressió no sap mai què dir, si treus un tema, el màxim que et contesta és sí o no, i quan s'acaba el tema ja no sap com continuar, a més la veu és molt fluixa i de vegades canvia unes paraules per altres. Es fa molt difícil parlar amb ella, és com parlar amb la paret." (Germana pacient, 300.4)*

L'altra dificultat descrita per les persones que es consideren sociables, és que, durant el seu procés depressiu, no tenen res interessant per dir ja que el seu discurs es basa únicament en la queixa i pensa que això és molt avorrit per als altres:

*"Jo sóc d'aquelles persones tan xerraires pel carrer, quan surto a comprar no sé mai quan tornaré, jo no em fico amb ningú, però m'agrada molt parlar amb tothom, quan estava pitjor la meva millor amiga... em telefonava i em deia que anés a casa seva a passar la tarda, que això em distrauria, jo m'hi negava perquè era conscient que no era una bona companyia i sempre deia el mateix. Alguna tarda hi anava però sempre passava lo que ja sabia, venga plorar, que si el marit, que si el xiquet, que si estic tant malament, no podia parlar d'una altra cosa que no fossin els meus problemes, estic com una idiota tancada amb mi mateixa i la gent en comptes d'ajudar-te et fan sentir pitjor, jo en aquell moment no tenia problemes econòmics gràcies a , i la gent em deia: per què estàs així, si de problemes tothom ne tenim (...) Jo no em podia animar, no volia estar d'aquella manera, però no podia evitar-ho, si tenia que sortir donava voltes i voltes pels carrers con tal de no trobar-me a ningú conegut, doncs em feien sentir pitjor." (F. P., 300.4)*



El darrer aspecte fa referència a la dificultat que els suposa comunicar-se amb la gent del carrer, comentant com s'ho arreglen per esquivar-los, per fer veure que no els veuen i així evitar de parlar. Tenen por a dos tipus de reacció, l'una, que els preguntin per què estan d'aquella manera, i l'altre, que els intentin consolar, en ambdues situacions expressen sentir-se incompresos per la gent del seu entorn, encara que seguidament els justifiquin dient que és normal que no els entenguin, ja que ni ells mateixos ho entenen.

### *No pots explicar-ho*

Els pacients remarquen, com és de difícil d'entendre que, quan la depressió els domina, pot no fer-ho en totes les àrees de la seva vida, però que en les àrees que els domina, aquesta és permanent. Remarquen aquest fet per tal de diferenciar-ho de les manifestacions habituals de desànim i tristesa. Expliquen com al treball mantenen un nivell acceptable de rendiment a pesar de l'esforç i a casa es troben totalment incapaços de fer res o a l'inrevés, que fan les coses a un nivell mínim però deixen de banda qualsevol altra activitat fora de la llar. La depressió no es manté igual en totes les àrees de la vida, així les persones en funció de les seves prioritats expliquen un allunyament desigual o selectiu i diuen que és una de les causes que fa que ni el seu entorn ni elles mateixes arribin a comprendre que allò que els passa sigui una malaltia. Un informant ens ho explica d'aquesta manera:

*"Vam anar de viatge i jo estava feta una porqueria, em prenia el mateix medicament de sempre i no em feia efecte. Un dia em vaig veure obligada a anar a un sopar de compromís, vaig poder comportar-me adequadament, però l'endemà estava igual,*

*tornava a estar feta una porqueria, els demás em deien -com pot ser això si afir estaves la mar de bé-, no ho entenien, no valoraven l'esforç i em donava la impressió que dubtaven de la meva queixa." (M. A., 300.4)*

A partir del relat d'aquest informant, podem veure expressada una dificultat que es repeteix al llarg de les entrevistes en diferents pacients que no és més que la queixa que, si bé en altres malalties s'entén que una persona pugui estar un dia millor i un altre pitjor, en el cas de la depressió, aquest canvi en l'estat d'ànim fa que les persones de l'entorn dubtin de la validesa de la seva queixa i creguin que en els moments que se sentin pitjor s'ho puguin inventar.

### *Et passen coses molt rares*

Aquestes experiències habitualment es relaten al final de l'entrevista i la persona afegeix: -"fitxi's també el que em va passar"- potser amb un intent de diferenciar-ho d'allò que ells consideren que són els símptomes més clàssics de la depressió:

*"De vegades al matí sento la veu de la meva nena que em crida, - la seva filla va morir fa deu anys-, també sento les seves passes a l'habitació del costat. Avui, venint cap aquí em mirava el camió del davant i tenia ganes de posar-me a sota." (T.G, 300.4)*

*"Quan treia la pols de la tauleta m'emmirallava i veia la cara del dimoni, fins i tot vaig arribar a explicar-li un dia a un capellà, i em va contestar, -jo senyora no he vist mai la cara del dimoni, però segur que no s'assembla a la seva, jo l'aconsello que vagi a parlar amb un psiquiatre-, prou que hi anava jo al psiquiatre." (A. A., 296.2)*

Sí bé algunes d'aquestes anècdotes suggereixen aspectes delirants, d'altres són molt més divertides i donen a entendre que quan estàs tant desesperat fas coses que en un altre moment no faries, ja que ara no hi tens res a perdre:

*"Un dia estava treballant al taller, em quedava fins tard, de fet no mirava el rellotge, ja sé que tenia que plegar a les vuit però si estava entretingut podien ser les tres o les quatre de la matinada i encara no havia plegat, bé doncs un d'aquests dies sento que truquen a la porta, com de costum no surto a veure qui era i segueixo treballant, al cap d'una estona i seguint a un soroll noto una cosa freda al clatell i una veu en castellà que diu -Manos arriba queda usted detenido-. En un primer moment em va sobresaltar però després vaig veure que era la Guàrdia Civil, i com que jo no estava fent res de mal fet em vaig posar a cridar-los, qui "co...ns" eren ells per entrar al taller a aquelles hores de la nit?, el vaig empenyar i li vaig fer caure l'arma a terra, (...) després es va aclarir tot i em van dir que havien robat al taller del costat i com que jo no havia sortit es pensaven que jo era també un "quinqui". A l'endemà no em vaig quedar satisfet i vaig anar al "Cuartelillo" a presentar una denúncia contra la Guàrdia Civil per haver-me "fotut" un ensurt i haver-me tractat com un delinqüent. Em van dir que com volia que redactessin i acceptessin una denúncia contra ells mateixos, al final mig convençut vaig marxar a casa sense haver cursat la denúncia, però a l'endemà vaig tornar-hi, el resultat va ser el mateix. Ho vaig fer perquè crec no hi tenia res a perdre." (J. C., 300.4)*

Els afectats distingeixen entre tristesa i depressió i diuen que si bé el símptomes, i les queixes expressades no es diferencien d'altres sensacions i sentiments que havien experimentat en altres moments de la seva vida, la dissemblança entre aquestes emocions i l'actual malaltia depressiva és que a diferència d'altres vegades, aquests es

mantenen constants, perduraven un dia rera l'altre, per molt que ells es proposessin canviar-ho. Tampoc els són útils altres solucions que havien trobat anteriorment per animar-se i veure-hi més enllà. No es tracta d'una diferència quantitativa sinó d'una apreciació qualitativa i subjectiva.

Hem recollit en un quadre de síntesi els aspectes que apareixen en els diferents relats i que estableixen la diferència entre les experiències corrents de tristesa i la seva depressió actual.

**Taula núm. XIV.- Diferències entre depressió i tristesa.**

<b>Depressió</b>	<b>Tristesa</b>
Persisteix al llarg del temps, encara que pensis que demà estaràs millor.	Uns dies ho veus negre i uns altres dies ho veus una mica diferent.
No pots explicar amb claredat el que et passa i deixes d'intentar-ho.	Pots explicar amb més claredat el que et passa.
No hi ha res que et distregui dels teus "mals pensaments"	A pesar de sentir-te desanimat, ets capaç de distreure't.
El sentiment de tristesa és estrany comparat amb altres situacions de la vida.	El sentiment és més familiar
No tens il·lusió per res.	Sempre tens alguna cosa que et pot fer il·lusió.

El moment en què es demana ajut depèn de la capacitat per suportar el sofriment del propi individu o d'altres aspectes com pot ser l'observació dels demés produïda pel canvi de comportament del familiar, per no menjar, no sortir, no parlar, queixar-se de multitud de problemes físics o intentar autolesionar-se. Preval, per tant, el seu caràcter

funcional coincidint amb les recomanacions que es troben en els diferents manuals que tampoc deixen de ser funcionals<sup>28</sup>:

Tal i com ens ho explica aquest informant:

*"Jo ja feia molt de temps que em trobava malament, mal de cap, cansada, desanimada, sense ganes de fer res, però una tarda després de veure que no podia suportar ni estar amb la meva neta, la persona que més m'estimo en aquest món, vaig veure clar, que jo així no podia seguir i va ser quan em vaig decidir a anar al metge."*  
(E. J., 300.4).

Aquest altre familiar ens explica com va identificar que el que li passava era prou important per mobilitzar una demanda d'ajut:

*"No sé molt quan va començar, lo que si recordo és que abans a la meua mare li agradaven molt les plantes, tenia molta gràcia per cuidar-les, estava orgullosa de tindre les flors més maques de tota la urbanització però a poc a poc se'n va anar desinteressant i clar, el jardí estava cada vegada més abandonat fins al punt que un dia ens va dir que ho faria pavimentar, allò a nosaltres ens va semblar que era molt significatiu, a ella la casa no li havia agradat mai, però el jardí era la seva vida, va ser en aquell moment quan vam veure que a més de portar-la al metge de capçalera l'havien de portar a un psiquiatra, doncs la medicació no li feia efecte i cada vegada estava més deprimida, per a nosaltres el fet que abandonés les plantes va ser molt significatiu."* (A. B. B., 300.4).

<sup>28</sup> La persona depressiva necessita ajuda, quan la malaltia interfereix en la capacitat d'estimar, de treballar i gaudir de la vida. (Haber 1983)

La depressió s'identifica més fàcilment en aquelles persones en les quals interfereix en la vida diària, independentment del seu grau d'afectació subjectiva. Així doncs, quan la seva tasca habitual es limita a l'àmbit domèstic, el procés de reconèixer el patiment com a malaltia ha estat molt prolongat en el temps. Abans de demanar ajut ha passat molt de temps de dificultats en fer les coses, les deixaven de fer o les feien sense il·lusió i amb llàgrimes als ulls, especialment si el seu entorn s'anava adaptant a aquests canvis, o perquè aquests no es fan molt visibles per als altres o perquè aquests altres tenen una especial capacitat d'adaptació al canvi de comportament del seu familiar.

En aquest sentit, també s'observa, amb més dificultat poder valorar el patiment quan la persona continua realitzant les activitats encara que sigui a un cert nivell de funcionalitat, aleshores és la pròpia persona la que pren la decisió de fins on pot aguantar abans de decidir-se a comunicar-ho als altres, passant d'un patiment individual a comunicar-ho al seu entorn a la cerca d'una resposta encaminada a solucionar el problema:

*"La meua mare abans era una persona molt alegre i simpàtica, a la botiga sempre intentava estar bé amb la gent, però a poc a poc, li va canviar el caràcter, es va tornar molt ansiosa, tot li preocupava i li feia enfadar, plorava per tonteries, de vegades comentàven entre nosaltres com era que havia canviat tant i ens preguntaven si no li passaria alguna cosa, però així i tot, com que ella no deia res i anava fent res ens feia pensar el que després va passar!" -Es refereix a l'intent d'autòlisi de la seva mare-.  
(Filla pacient 296.2)*

És en aquest sentit que es pot constatar que en la depressió el pas del patiment individual a la malaltia és més complex que en altres malalties, ja que de vegades el

propi individu no acaba d'estar convençut que allò que li passa sigui un trastorn "psíquic", i espera ser diagnosticat d'un trastorn físic, sigui aquest del cap, del cor, de l'equilibri, començant un itinerari que habitualment s'inicia al metge de capçalera o al servei d'urgències i va continuant pel neuròleg i altres especialistes en un intent de buscar un diagnòstic de malaltia orgànica o fer palès que les proves orgàniques, EEG, ECG, TAC són negatives i, per tant, aquesta no pot ser la causa del seu problema.

*"Jo feia temps que anava a un neuròleg que em tractava per migranyes però no evolucionava, un dia l'hi vaig portar apuntat fins a catorze símptomes que jo tenia i que eren depressius -jo havia llegit molt sobre la depressió en aquest temps- i em va dir que no, que lo que tenia eren manies, que anés a un viatge a Grècia, això m'ho va dir perquè em coneixia i sabia que a mi m'ha agradat sempre viatjar, però en aquell moment no em veia amb cor de fer les maletes; si, hi vaig anar però no va servir de res. Quan vaig tornar van haver d'internar-me, de tant malament que estava. -En un altre moment de l'entrevista afegeix.- De vegades ni els metges entenen lo que es la depressió, jo he viatjat molt però en aquell moment no va servir de res que el metge em digués que viatgés; ben al contrari, va ser el viatge més trist i complicat de la meua vida." (M. S., 296.2)*

Es pot veure per tant com en aquest pas del patiment com a experiència individual al diagnòstic de depressió com un trastorn o malaltia hi juga un paper molt important el metge de capçalera, ja que és el primer professional que es posarà en contacte amb el subjecte, per iniciativa pròpia o a partir de l'informe del servei d'urgències on consta que la persona no té cap problema físic. Les persones entrevistades sovint expliquen com els metges de capçalera atenen molt més fàcilment a les dades físiques que a les explicacions de les seves experiències emocionals, assenyalen, en el cas que hi haguessin anat i no els hagués diagnosticat la depressió fins al cap de molt temps, que

en tres minuts difícilment es pot identificar un problema d'aquestes característiques. Un 20% de la mostra, especialment en persones joves i amb coneixements previs sobre la malaltia dóna la impressió que la persona tractada sovint, quan anava al metge de capçalera, ja tenia una idea d'allò que li passava però esperava que el professional li ho endevinés, ja que diuen que en el temps de la consulta no es pot explicar. Aquest fet provoca que el procés d'identificació de la depressió de vegades es faci llarg i complicat, com en el cas d'aquest informant, que a més tenia certs coneixements teòrics sobre medicina:

*"Tres mesos abans de l'intent de suïcidi vaig començar a buscar informació sobre la depressió en diferents llibres, mirava els símptomes i jo els tenia tots..., però, és clar, quan tu mateix et diagnostiques això no és fiable i aleshores vaig buscar un professional imparcial per veure si m'ho confirmava, vaig anar al metge de capçalera i em va demostrar que no era gaire intel·ligent. -Què esperaves del metge de capçalera?- Jo crec que esperava interès, que em reconegués els símptomes, que em dirigís, i quatre consells .../ no ho sé potser el fet de que no tingués uns símptomes observables fa que la majoria de la gent inclús, el metge de capçalera, pensin que és un "cuento." -Tu tenies símptomes físics?- Sí, jo em vaig aprimar molts quilos, estava molt pàl·lid, em feia mal tot i algunes vegades tenia febre, fins i tot vaig anar un dia a urgències però sempre em deien que no tenia res." (F. F., 296.2)*

S'observa sovint que davant la pregunta del metge, -Què li passa?-, l'informant entén que se li estan demanant dades objectives i per tant més físiques: mal de cap, cansament, mareig, vertigen.... Potser el que ells esperen és la pregunta, -Què creu que li està passant?-, ja que això els permetria introduir una dimensió més subjectiva en el seu relat. En cas de no fer-se aquesta pregunta, la persona espera que el professional ho encerti a partir del relat de la simptomatologia física.



En aquest anar d'un metge a l'altre, buscant un diagnòstic de naturalesa més orgànica hi juga un paper important la classe social. Així s'observa que si bé les persones de la mostra de classe social més baixa i freqüentment de més edat, habitualment expliquen un major ventall de simptomatologia somàtica, se'ls deriva amb més facilitat al psiquiatre, sobretot si les condicions familiars, laborals i socials són problemàtiques; en canvi, a les persones de classe social més alta encara que normalment posen més èmfasi en el seu relat en els aspectes més psicoemocionals, hi ha una major resistència a derivar-los al psiquiatre i s'observa una major tendència a derivar-los al neuròleg cercant una causa més orgànica per al seu trastorn. Un professional ens ho explica d'aquesta manera:

*"Jo crec que A... -és una pacient a la qual es va tardar molt a diagnosticar-li la depressió- no va ser diagnosticada abans de depressió perquè en tenir un estatus semblant al del metge es fa molt difícil de pensar que aquesta persona pot tenir una malaltia mental, és més fàcil enviar-la al neuròleg, sona com a més científic, a més, sembla que tingui més focalitat orgànica la malaltia; en canvi, si vas al psiquiatra sembla que estiguis boig, i qualsevol s'atreveix a dir-li amb algú del seu nivell que està boig. A la gent que té problemes familiars, que té un fill drogadicte, que té problemes econòmics, és més fàcil intuir que poden tenir una depressió i enviar-los a un centre de salut mental, encara que de vegades no ho entenguin." (Infermera)*

Així doncs, es veu que les variables que fan que el procés s'allargui, des de la identificació dels primers símptomes fins a la identificació de la malaltia, són l'evidència dels símptomes i la seva capacitat per interferir en les seves tasques professionals, la tolerància o adaptació als canvis de comportament per part de l'entorn del malalt, la capacitat de comunicació que tingui la persona i la manera d'expressar la seva simptomatologia, la creença o no en la depressió com a trastorn, o poder comptar

amb una causa que doni sentit al seu trastorn, donat el fet de creure que en el cas d'haver-hi una causa justificada pot fer més fàcil l'acceptació de la malaltia, tant per part de la família, els professionals, com pel propi afectat. Així ens ho explica Anna, la protagonista d'aquesta novel·la:

*"La tristeza se extiende como una mancha de aceite, lenta e inborrable. Llevo un mes sin dejar de llorar y apenas puedo comer. Todas las noches me meto en la cama y lloro, lloro y lloro. Borja es buena persona y es lógico que le parta el alma el verme así. Al principio le intuía más preocupado pero ahora se le ve sobre todo desilusionado. Cuando vuelve del trabajo se encuentra a su mujer metida en la cama, ojerosa, demacrada y taciturna y a veces se me pasa por la cabeza si no se dará cuenta. Hace un mes que he dejado de dedicarme a la casa y he prescindido de mi antigua costumbre de ir al mercado a diario, porque ahora prefiero hacer la compra una vez por semana, ir al supermercado y llenar un carrito hasta los bordes. Esto significa que en casa ya no se come pescado fresco ni ensaladas, pero no parece que mi Borja se de cuenta. Él llega tan cansado por las noches que casi ni presta atención a lo que cena. (...) Sé que suena absurdo, pero a mí me gustaba hacer la casa, no sé, siempre me ha parecido relajante limpiar, fregar y abrillantar. He olvidado mi antigua obsesión por la limpieza y me he dado cuenta que el trabajo de la casa puede estirarse hasta lo indecible o reducirse al máximo, y el resultado en la práctica siempre es el mismo. Desde luego, Borja no ha apreciado la diferencia. Así que dispongo de siete horas diarias para llorar a gusto." (Etxebarria, 1997)*

A més a més, alguns expliquen com van esperar que les pròpies persones del seu entorn fossin les que prenguessin la decisió de consultar el metge de capçalera o l'especialista en el moment en què els símptomes se'ls van fer del tot evidents, pèrdua de pes, tristesa, plor, apatia; la raó sembla raure en el fet que en aquests casos és més fàcil que a la persona se li concedeixi de seguida el rol de malalt.

També es dóna el cas de persones que en esperar que ells mateixos o el seu entorn acabin de decidir si els seus símptomes són prou importants per buscar ajuda professional fan un intent d'autòlisi, de manera que una vegada restablert de les seves lesions se'l deriva al psiquiatre; en aquests casos el malalt relata haver estat llarg temps abans deprimat, i fins i tot haver-se automedicat, però sense acabar-se de decidir que els símptomes eren una malaltia.

Si bé existeix una dificultat de comunicar les experiències de remordiment, tristesa, desànim, angoixa, desesperació, etc... a les persones del seu entorn, algunes d'aquestes experiències les intueixen les persones relacionades amb el depressiu fent-se hàbils en l'observació dels signes com pot ser la mirada, l'expressió de la cara, la postura, el gest, la forma de vestir i la forma de moure's o de fer les coses. De totes maneres, hi han altres experiències que no poden ser observades ni comunicades, cosa que fa que siguin molt difícils d'entendre. Les persones de l'entorn del malalt es fan especialment hàbils en l'observació d'aquests símptomes, però els uns i el altres no s'ho comuniquen, ja que pensen que això pot fer que les coses vagin pitjor, i la persona encara es queixi més. Aquest aspecte singular de la malaltia el remarquen com un fet que han observat en elles mateixes i també en els altres i així sovint es diu: *“Es normal que no se entienda, yo antes si me lo hubieran explicado tampoco lo hubiera entendido”*.

Tots ells opinen que el fet de no tenir en molts casos una lesió física observable que justifiqui els seus símptomes, fa que la majoria de la gent, i afegixen, inclosos els metges creguin que és un “cuento” i aquesta idea els impedeix demanar ajut a les persones de l'entorn. Expliquen com aquesta malaltia sovint es desenvolupa lentament i

pot passar inadvertida, cosa que fa difícil que tant la persona afectada com els seus familiars puguin apreciar el límit entre la normalitat i la malaltia.

La tolerància envers les conductes, pensaments i emocions simptomatològiques ve determinada per la representació social del que és la malaltia depressiva. La representació social dominant de la malaltia és “conductual” de ruptura de normes, d’això es poden deduir que comportaments “crònics”, “estranyos”, “rars” seran fàcilment designats com a malaltia mental. No obstant en la majoria de casos de depressió els símptomes no són tan estranyos i per tant seran les representacions socials i les expectatives del grup primari, com pot ser la família, o del grup secundari, com pot ser l’entorn social els que atorgaran un sentit als símptomes.

Malgrat tot, del sol fet que es reconegui l’existència d’uns símptomes, no es dedueix que la persona es consideri a si mateixa malalta, els elements que fan que una persona depressiva s’autodenomini malalta són la presència dels símptomes associats a aconteixements negatius de la vida que produeixen estrès, una crisi d’identitat i que la pressió del grup el designi com a malalt. Tot això, en el cas de la depressió està associat a la percepció cognitiva per part de la persona de la seva impotència i de la seva incapacitat per controlar el medi. Són aquestes les característiques que unides a la legitimació per part dels tècnics, les que condueixen la persona a considerar-se a si mateixa com a malalta.

Tampoc poden ser obviades les característiques més macrosocials que configuraran l’expressió de la simptomatologia de la queixa depressiva, així doncs, la classe social sembla ser un factor important en determinar l’expressió del patiment depressiu a partir

de l'expressió d'una simptomatologia més física o més psíquica com a procés d'adaptació a les dificultats de la vida. El paper de la dona en general i el rol de mestressa de casa en particular crea dificultats i contradiccions entre els objectius marcats i la realitat. Així doncs, podem veure amb la queixa depressiva l'expressió de la insatisfacció provocada pels canvis en les relacions familiars o socials, els problemes econòmics, d'habitatge, les dificultats en la legitimació del rol tant per part d'ella mateixa com per part de l'entorn social.

## JO NO HI CREIA

Aquells dels nostres informants que presenten una simptomatologia més emocional, remarquen el pensament inicial que la depressió era una cosa que sols pot passar a les persones de caràcter trist, pessimistes, passives, sense força de voluntat. Si no era aquesta la seva autovaloració no entenen com a ells els ha pogut agafar una depressió, i fins i tot després de la mateixa, s'esforcen a demostrar en el seu discurs que realment és una malaltia i que ells no el tenen aquell caràcter ni l'han tingut mai:

*"Jo de tota la vida que he sigut una persona molt valenta, temperamental, decidida, - la informant posa molt d'èmfasi en aquestes tres paraules- a la feina, a les mares que em deien que tenien depressió jo els deia -"va donar això s'ho fa un mateix"- jo no hi creia en les depressions (...) hi vaig començar a creure quan una senyora que tenia un nen ingressat em va dir que tenia una depressió molt forta -"dona, prenguis aquesta tifa i demà veurà com se sentirà millor"- aquella nit es va suïcidar, aquella nit es va tirar per la finestra de l'habitació. Aleshores vaig començar a creure que això de la depressió era una cosa dolenta, però així i tot mai vaig pensar que fos una cosa que em pogués passar a mi! (...) Ara mateix tinc més problemes que abans perquè tinc el meu marit malalt, però no em sento d'aquella manera, ara tinc ganes de viure". (S.G.,296.2)*

Aquest text és especialment interessant perquè la persona, tot i tenint informació, a causa de la seva formació d'infermera, manté les creences "populars" que la depressió tan sols poden patir-la les persones amb caràcter passiu, amb poca força de voluntat i poca energia; així com, que el fet de creure-hi o no fos important en el moment de patir-la. Sovint és l'entorn del malalt qui no accepta la depressió perquè creu que no encaixa amb els trets del caràcter del seu familiar:

*"A mi tothom em deia, tu no A...!, tu no A...! La meva cunyada, que m'estima molt i es va fer una fart de patir, sempre em deia: -va dona, tu sempre te n'has sortit de tot, mai t'has queixat de res (...) si no t'he vist mai cansada, una que sigui una fleuma sí, però tu no!, no pot ser (...) els meus fills igual em deien: -què mare, però si tu sempre has estat molt forta-, i quan m'ho deien em sentia més malament, ja que pensava "si ells no em podem ajudar i jo tampoc puc fer-ho, com me'n sortiré." (A.A.,296.2)*

Sovintegen en les entrevistes, tant les realitzades als malalts com al seu entorn familiar i professional, els aspectes de no acceptació de la depressió si *a priori* no és creia tenir un caràcter determinat i estar suggestionat per patir una malaltia d'aquestes característiques. Moltes vegades, malgrat l'evidència dels símptomes, és molt més fàcil acceptar la malaltia si es complien aquestes dues característiques.

Potser en un intent de mantenir-se allunyat de la idea d'un caràcter estigmatitzant, s'observa en els afectats l'interès per explicar amb tot luxe de detalls situacions de la seva vida en què ells van ser capaços de sortir-se'n, situacions que valoren com a més difícils i més dures que les actuals i utilitzen aquest relat per reforçar la idea que el que els passa actualment no és una debilitat de caràcter o un tret de personalitat, sinó que ha de ser una malaltia o, en tot cas, que la debilitat del propi cos pot afavorir-la, cosa que expressen dient:

*"Jo crec que té que ser una malaltia com una altra, jo tinc problemes com tothom, però això no té res a veure, a més jo sempre he tingut un caràcter molt fort, si fos per això la meva germana sí que té motius per estar deprimida, a ella sí que li han passat coses, fa cinc anys se li va morir el marit de càncer, després d'estar molt de temps malalt i fa dos anys el seu fill d'un accident de moto, ella està trista però no està deprimida com jo, és capaç de tirar endavant a pesar de la seva tristesa, en canvi jo no puc fer res.*

*-Què li diu la seva germana en relació a la depressió? - A mi res, que vagi al metge i em curi, però a una amiga un dia li va dir, sembla mentida em fa patir més la malaltia de la meva germana que tot el que m'ha passat. Doncs les morts no toca més remei que acceptar-les, però a la meva germana no sé com ajudar-la. " (J.P.,300.4)*

Fins i tot ens trobem cinc persones que expliquen que la reacció del metge de capçalera, amb el qual diuen mantenir molt bona relació, també va ser d'estranyesa davant el fet que la persona no tingués *a priori* un caràcter trist i passiu i pogués, no obstant, patir una depressió. En aquest sentit, en l'àmbit de l'atenció primària, es parla de metges de capçalera o de família que tenen una especial sensibilitat envers els trastorns depressius i d'altres, a qui se'ls fa més difícil el diagnòstic a pesar de l'evidència dels símptomes que presenta. De fet, en la mostra s'observen persones que han passat molt de temps sense ser diagnosticades i que han anat a molts especialistes de tots els camps de la medicina, perquè la idea que tenien els professionals no coincidia amb el caràcter previ que atribuïen a la malaltia depressiva:

*"Jo vaig anar al metge A..., és el meu metge de capçalera des de fa molts anys i me l'estimo com si fos una germà, quan li vaig dir que tenia depressió em va contestar que jo era molt forta i que no podia ser, a mi em va estranyar, doncs és una persona que val molt per tractar aquestes malalties més psíquiques, conto que més que les altres, no obstant en el meu cas no s'ho creia, primer no em va medicar més que amb vitamines, però quan hi vaig tornar i va veure com estava em va dir: "Tienes una depresión de caballo, tómame estas pastillas y pronto bailarás sevillanas", per desgracia no ha sigut així i m'està durant molt de temps. " (T.G.,300.4)*

A més a més de no acceptar el caràcter previ que ells consideraven relacionat amb la malaltia depressiva, alguns afegeixen haver experimentat un sentiment de rebuig davant



de l'observació del què ells pensaven que podia ser un caràcter depressiu, tal com ens explica aquest autor en el seu llibre autobiogràfic sobre la depressió:

*"Yo antes era un hombre de mucha salud, muy optimista y de gran vitalidad. Durante años no sentía mi cuerpo. Respiraba profundamente y nada me dolía. Podía trabajar horas y horas sin notar más que una fatiga normal. Si organizaba una reunión y a una hora avanzada de la noche alguien manifestaba cansancio o deseos de retirarse, yo miraba a este alguien con una mezcla de incompreensión y desprecio. Sí, confieso que no comprendía a los enfermos." (Gironella, 1982)*

El rebuig del depressiu l'intueix el malalt mitjançant l'observació directa de la incomoditat manifestada pels altres amb el contacte amb ell o més indirectament amb els comentaris de menyspreu que ha sentit amb la gent del seu voltant en relació a d'altres persones que passaven per una depressió, i els acusaven d'estar-se aprofitant de la seva malaltia per evadir-se de les seves obligacions laborals. Així i doncs, aquest aspecte estaria d'acord amb el model de la selecció social, que considera que la persona depressiva pot implicar o afectar les altres persones del seu entorn, generant comportament de rebuig i en conseqüència no reben suport. S'ha comprovat que les persones deprimides són rebutjades amb més probabilitat que aquelles que no ho estan, tanmateix s'ha constatat el fet que les persones no deprimides desenvolupen una excitació emocional negativa com a conseqüència de la seva interacció en subjectes deprimits. Es parteix del supòsit que la depressió i les relacions socials s'influeixen mútuament, de manera que les persones depressives interactuen amb altres del seu medi social, produint-se un procés de rebuig, el qual alimenta l'estrès i la depressió en la persona ja deprimida, així doncs, el distrès psicològic tindria un efecte prospectiu en les relacions socials primàries (Coyne, 1976).

D'altres malalts remarquen que tot i tenir una caràcter més pròxim a l'esmentat, ja que es defineixen com a persones sensibles i de llàgrima fàcil, tampoc pensaven que els pogués passar a ells:

*"Jo de sempre he sigut una persona introvertida, solitària, romàntica, m'ha agradat sempre molt escriure i llegir poesia, en fi una persona molt sensible i de llàgrima fàcil, però era molt jove i mai m'hagués pogut pensar que em passés això. Jo em pensava que era una malaltia de tipus físic, que patia del cor, mai m'hagués cregut que podia tenir una depressió, jo aquesta malaltia ni la coneixia." (S.S., 300.4)*

Si bé els afectats rebutgen directament o indirectament acceptar la idea de debilitat com un tret caracterial de la depressió, es defineixen sovint com a persones sensibles i diuen que potser aquesta sensibilitat els ha facilitat el procés depressiu i l'està mantenint; sembla que en acceptar la sensibilitat com un fet caracterial de la depressió es vulgui recuperar la imatge romàntica que tenien les anomenades Psicosis Melancòniques (Susan Sontag, 1989) i que actualment s'ha perdut amb els altres tipus de depressió. És interessant el relat autobiogràfic sobre la depressió d'un escriptor i la referència que en fa en relació a aquest aspecte del trastorn:

*"Sí, algunos amigos venían con frecuencia a visitarme. Y, para estimularme, me decían que este trastorno, esta infinita tristeza era propia de un ser como yo, de sensibilidad "refinada"; y me citaban a Goethe, que al parecer la sufría cíclicamente, cada siete años y a Tolstoi, que la sufrió al terminar "Guerra y paz". Pero no me dejaba engañar porque recordaba a los campesinos de la clínica, cuyos rostros y expresiones se parecían a la mía como dos gotas de agua." (Gironella, 1982)*

Les persones relaten el fet que, durant la seva experiència depressiva tenen una especial sensibilitat a tot allò que passa al seu voltant, tingui o no relació amb ells i que aquesta especial sensibilitat l'han mantingut molt de temps després de la seva curació; amb tot això, volen donar a entendre que la seva experiència de patiment els fa més sensibles en relació al que passa al seu entorn alhora que són més hàbils en captar el patiment dels altres.

*"D'ençà la malaltia agafo un diari, escolto la TV, sempre hi surten coses negatives, jo em faig un fart de patir i he arribat a no llegir ni la premsa ni res perquè ho trobo massa pessimista (...) Ahir, sense anar més lluny, vaig veure un gat abandonat al carrer i em va fer tanta pena que me l'hagués emportat cap a casa. Jo abans no ho era així, no puc suportar veure ni un animal abandonat ni una persona sense casa demanant al carrer, em posaria a plorar." (F.F.,290.2)*

A més a més, alguns expliquen experiències que han viscut com a estranyes i que per a ells, són representatives de l'especial sensibilitat que els desperten les vivències depressives. És curiós observar el fet que aquestes experiències sovint són compartides per les persones del seu entorn, tenen a veure amb els animals, amb la mirada, i el *rampar-se amb el corrent elèctric*:

*"Cuando estaba peor un día acaricié el gato gris que teníamos en casa y los pelos del animal se pusieron de punta como sacudidos por un cable de alta tensión,(...) a veces notaba como si mi mirada turbara a la gente que tenía a mi lado; de hecho después algunas personas me han dicho que se sentían muy incómodas ya que les daba la impresión de que les miraba por dentro, vamos como si les hiciera una radiografía, también muchas veces saltaban los fusibles al tocar un aparato eléctrico, mi mujer le quería sacar importancia pero después ha reconocido que me habían pasado cosas muy*

*raras*”.- La seva dona estava present a l’entrevista i va assentir afirmativament amb ell, a mesura que sentia les paraules dels seu marit-. (F.P., 296.2)

D'altra banda, les persones joves i amb un nivell sociocultural alt, es queixen que en ser una malaltia que s’ha posat de moda, ja que tothom diu *estic amb la depre*, se li dóna poca importància, i es planyen que, quan realment la pateixes, no són presos seriosament per ells mateixos ni pels altres. Creuen que hi ha molta confusió a l’hora de diferenciar el que és realment la malaltia depressiva, sigui quin sigui el tipus, d’altres comportaments:

*“Jo mateixa abans pensava, tothom diu que té depressió, jo deia que era una moda que només la tenien les persones amb poca feina i pocs maldecaps, he canviat radicalment d’opinió des que la vaig tenir, (...) Em feia vergonya fins i tot anar al psiquiatre, doncs m’imaginava que pensaria -mira, una altra ximpleta que diu que té depressió!-, més endavant fins i tot li vaig comentar al meu psiquiatre.(...) Però ojo!, ara també penso que de vegades s'utilitza la paraula depressió molt alegrement, una persona diu vaig a comprar una sabates per fer-me passar “la depre” i jo penso ojalà hagués tingut jo aquesta depressió, per a mi vestir-me era un problema, aixecar-me també (...) Després el psiquiatre m’ho va explicar, això és com el que diu avui sóc diabètic i demà no, el depressiu està malalt quan els seus símptomes persisteixen un dia rera l’altre i no pot fer res per evitar-ho, però clar, això la gent del carrer no ho sap.” (E.G., 300.4)*

Un dels altres aspectes que apareixen com importants en els diferents relats és l’interès que té la persona tractada de deixar clar en el seu discurs que *ell no creia en la depressió* abans de patir-la, ho plantegen com si el fet de creure-hi o no els pogués suggestionar en el moment de sentir els símptomes, deixant molt clar, que sols a partir de la persistència de la simptomatologia és quan han arribat a creure’s que podia tenir una malaltia, que és depressiva. Cal remarcar que també pot donar-se el cas que ells *hi creguin* i la seva

família no; aleshores diuen haver mantingut en secret el seu patiment durant molt de temps, ja que estaven segurs de no ser acceptats ni entesos pels altres:

*"Jo feia molt de temps que patia depressions cícliques, penso que des de l'adolescència, i, de fet, tenia un amic psiquiatre que em tractava periòdicament amb antidepressius, pel meu compte; però, jo a casa mai vaig dir que tenia depressió, doncs la meua família tu saps que tots són professionals sanitaris i ells no hi creien en la depressió, pensaven que era un cuento, a més no s'haguessin cregut mai que jo, "la seva nena", pogués patir d'aquella manera i vaig preferir que no ho sabessin." (M.A., 300.4)*

Per un altre costat, l'experiència de la seva malaltia els pot portar a avaluar la validesa o no de la malaltia dels altres; així, al llarg de les converses, sovint surt el tema de persones, del seu entorn, que diuen patir una depressió i l'informant creu que no la tenen, encara que, fins i tot, estiguin tractats pels mateixos professionals que ells:

*"Allí en el barrio hay una chica que le han dado la baja por depresión; yo no voy a decir quien es porque también la trata el psiquiatra de aquí, si usted la hubiera visto el domingo bailando sevillanas y bebiendo alcohol...!, yo creo que no le pasa nada, porque si se tomara los medicamentos no podría beber como lo hacía, ella es que sabe hacer mucha comedia." (C.M., 300.4)*

L'avaluació de la malaltia també pot ser utilitzada en sentit positiu. Així alguns informants diuen haver trobat un metge, un farmacèutic, un infermer, que els ha sabut entendre especialment, perquè ell també havia patit la malaltia. Per a tots ells, és més important el coneixement que dona l'experiència directa amb la malaltia, que no els coneixements medicocientífics, ja que en aquest cas, tant la identificació de la malaltia com el tractament, diuen que segueix un procés molt més ràpid i més efectiu. Afirmen

que les persones que l'han viscuda poden entendre amb més facilitat que els professionals les vivències dels depressius i saben com els poden ajudar.

És especialment significatiu el relat d'aquest malalt, en el qual assenyala que la depressió és difícil d'entendre perquè es relaciona amb una personalitat que no està d'acord amb els valors fonamentals de la societat i com aquests valors influeixen també en els processos ideològics dels professionals:

*"Jo crec que la gent no entén generalment els malalts però els depressius encara menys, ja que a la nostra societat és important ser competitiu, ser fort, ser valuós, afrontar els problemes amb valentia. -Afegeix-: Hi han malalties més fàcils d'entendre que d'altres, et trenques una cama i tothom ho entén, et venen a veure i es pot parlar de tot, perquè el teu cap funciona bé, de totes maneres, tens una depressió i et dura dos anys com la meva i la gent del teu voltant es va allunyant, et quedes sol, la gent et diu t'ho has de fer tu, no tens força de voluntat, no tens caràcter i això és molt difícil. Lo que més t'estranya és que inclús, els mateixos professionals no t'entenguin; quan jo estava de baixa, va venir l'inspector i em va preguntar de què treballava, jo li vaig dir que nosaltres tenim una botiga, em va contestar que aleshores no tenia cap motiu per a tenir una depressió, això algú que treballa pels altres sí perquè està sota molta pressió, però vostè no; vaig haver d'agafar l'alta, sort que la meva dona es feia càrrec de la botiga i no m'afectava econòmicament el que m'haguessin obligat a agafar l'alta però imagina't què hagués passat si jo hagués estat treballant per un altre." (F.P., 300.4)*

En concret, cinc informants van apuntar a més que la gent se'ls mira com si tinguessin *lepra* i els margina, ja que pensen que encara que sigui una malaltia com una altra, les persones en principi no entenen els malalts, afegeixen: *menys si són malalties del cap.*

Heus ací com un d'ells ens explica l'actitud que van tenir amb ella la gent del seu treball, quan van assabentar-se que patia depressió:

*"Fins al moment del diagnòstic era considerada per les meves companyes una persona fluixa, rara, estranya; quan em van diagnosticar, la gent del meu treball van començar a entendre el que m'estava passant, alguns inclús m'explicaven la seva vida o intentaven animar-me, cosa que abans no havien fet mai, em vaig adonar que n'hi havia d'altres que també n'havien tingut de depressió, algunes ja les veia rares d'abans, en canvi d'altres no m'ho hauria pensat mai. Al final, quan es va acabar el contracte, la meua jefa no me'l va voler renovar i em va dir que ho sentia molt, però què ella no podia treballar a gust amb una persona depressiva."*(R.T., 300.4)

Cal remarcar el testimoni d'aquesta altra informant que, curiosament, treballava en el camp de la salut mental:

*"Quan vaig incorporar-me a la feina i es va acabar el contracte, em van cridar del personal i em van dir textualment, -"no reúne el perfil psicológico para realizar este tipo de trabajo"- Això m'ho van dir després de dos anys d'elogis continuats, ja que en el meu treball tothom sabia que vaig organitzar moltes activitats que no es feien fins aleshores (...) Penso que és una marginació que no et renovin el contracte per haver patit una depressió, jo m'estava esforçant per recuperar-me i això no em va ajudar gens."*(F.F., 296.0)

Aquest aspecte estigmatitzador de la depressió s'observa també davant la resistència de posar en les baixes laborals els diagnòstics de depressió i sovint aquest és substituït per altres diagnòstics que siguin representatius de malalties menys qüestionades socialment.

Una pacient ens ho explica d'aquesta manera:

*"Esto es como cuando yo tenía a mi marido que bebía. -El seu marit fa cinc anys que va morir per una cirrosi hepàtica.- La mayoría de semanas no podía ir a trabajar y, claro, nosotros vivíamos de lo que él ganaba, entonces como el médico de cabecera ya sabía lo que le pasaba, cuando me veía sólo hacía falta que le dijera, mire usted doctor, lo mismo de siempre y como le dábamos pena con cuatro hijos y el marido tan enfermo me hacía la baja para que no le echaran del trabajo; una vez ponía catarro, otra vez, dolor de espalda, lo que a él le parecía, y así en ningún momento perdió su trabajo(...) Ahora con mi depresión, sí tengo que coger la baja, también me pone lo que le parece para que no tenga problemas en el trabajo ya que me tuve que poner a trabajar cuando murió mi marido y no tengo trabajo fijo." (E.J., 300.4)*

És curiós el cas de la filla d'aquesta informant, present a l'entrevista. Explica que el seu marit té una psicosi maníacodepressiva i que treballa en una multinacional; ella explica que, en aquest cas, sí que li consta el diagnòstic en la baixa laboral del seu marit, com si aquesta malaltia tingués més entitat pròpia i per tant fos menys qüestionada. Sovint en els relats apareix la comparació de la malaltia depressiva amb el càncer i l'alcoholisme, potser per entendre que també són dues malalties amb connotacions negatives, per tant, comparables amb la depressió.



## PER QUÈ ARA ?

Des de la perspectiva del malalt, el trastorn depressiu es viu com una afectació que pot tenir per a l'individu diferents significats, expressats després del diagnòstic de la malaltia i que l'ajuden a trobar-hi un sentit. Alguns d'aquests significats semblen extrets dels coneixements científics, d'altres d'una elaboració personal o de l'entorn i, els més freqüents, d'una síntesi entre la informació del metge, l'experiència de la persona i el seu entorn.

Aquest significat és quelcom que és va configurant des del moment de la identificació per part de l'individu de què li està succeint fins al moment en què és diagnosticat i tractat de depressió. Així, el fet d'arribar a la comprensió d'aquest sentit per a la seva malaltia li ha permès viure-la amb més tranquil·litat.

Per un altre costat, el malalt expressa que una de les seves primeres preocupacions era trobar una causa que justificués el seu patiment, és a dir, es tractava de cercar una explicació lògica a les sensacions i als sentiments, especialment si aquests són de gran intensitat. Per això, si el problema coincidia amb què es trobava amb bona forma física i psicològica, sovint ho resolia dient *-a veces te pasan factura de las cosas cuando menos te lo esperas-*, potser donant a entendre que el va agafar desprevingut. En certa manera, tot aquest procés també serveix com una forma de protegir-se ell mateix i poder-ho explicar als altres.

Les causes utilitzades amb més freqüència en el relat dels malalts i els seus familiars que donen sentit a la seva experiència les podem agrupar de la següent manera:

### *El cos i la ment erosionats per les experiències viscudes*

Aquestes persones es refereixen a la depressió com la factura que s'ha de pagar per haver viscut una vida trista i plena de dificultats. Es passen bona part de l'entrevista explicant les dificultats que han patit en totes les àrees de la seva vida, utilitzant en el seu relat un to trist i afirmant que a ells la vida i les persones els han tractat injustament:

*"Yo he pasado mucho, he tenido una vida muy triste, mi padre era alcohólico, tenía muy mal genio y me hacía sufrir enormemente la forma que tenía de tratar a mi madre y a mis hermanos (...); luego en el trabajo bien, fui subiendo, empecé por peón, después maquinero y después capataz, pero siempre con mucho sufrimiento, a mí me gustan las cosas bien hechas y la gente ya se sabe..., yo trabajaba en el puerto y allí hay gente de todo tipo, yo sufrí mucho en el trabajo, creo que todo esto me sale ahora."*

-Ho explica de manera apesurada i afligida, donant a entendre que la vida ha estat per a ell molt feixuga- (M.B., 300.4)

S'observa en el relat d'aquesta persona, que, malgrat haver explicat la superació que havia fet en el treball, la seva valoració de la vida és negativa, explicant aquesta com a causa de la seva depressió. En aquest plantejament es poden incloure també els casos de persones que expliquen la seva depressió com una conseqüència del que van patir en la seva infantesa o en la seva adolescència i basen els seus relats en els records de la tristesa que els envaïa en aquella etapa de la vida; aquestes persones diuen recordar un cert sentiment de *diferència* en relació als altres companys del mateix grup d'edat i que ells consideren que tenien una vida molt més fàcil.

De totes maneres, en els casos en què la persona relata davant dels seus familiars que la causa del seu problema es troba en les experiències viscudes anteriorment, provoca que

els acompanyants expressin que se'ls fa difícil d'entendre la seva queixa i intenten convèncer-lo que la seva vida no ha estat tan dura com ell/a afirma. A més a més, els familiars afegeixen que si continua queixant-se es complicarà més la vida, alhora que expliquen fets difícils que també els han passat a ells i que, no obstant, no els havia comportat una depressió.

Sovint et plantejes, en escoltar aquests relats, si la història que expliquen no estaria ja afectada per la depressió, encara que la persona t'assegura que en aquell moment no hi creia en la depressió, perquè el relat dels fets i de les experiències viscudes no és massa diferent d'altres casos de la mostra en què la vida es valora d'una altra manera. D'ací és derivaria el fet de la necessitat de considerar el tractament dels símptomes depressius en la primera etapa per evitar posteriorment una depressió en l'edat adulta.

Encara que es tracta d'una mostra reduïda i que, per tant, pot no ser significativa, en els quatre casos de la mostra d'homes que creuen que el seu trastorn és causat per la duresa o tristesa de la vida, expliquen que abans de demanar ajut per a la depressió, havien intentat utilitzar la beguda -la prenen com a alternativa a la seva depressió- en un intent de sentir-se millor, però el remei no els ha servit per a res.

### *La conseqüència directa d'un fet succeït en un moment determinat*

El fet ha estat, segons el pacient, la causa directa de la seva malaltia depressiva, encara que no sigui simultània en el temps. Aquest fet és, habitualment, una pèrdua personal i/o situacional, que permet trobar un significat que expliqui la durada de la malaltia i que fa

que els símptomes depressius es manifestin en el moment en què es produeix el succés o posteriorment de mica en mica:

*"Yo creo que todo me viene de que a los dieciocho años tuve el primer hijo y se me murió con dos semanas por un problema en el corazón, yo pienso que fue porque me hicieron radiografías estando embarazada y ahora se sabe que esto no se puede hacer (Fa trenta anys d'aquest fet i la persona té tres fills sans) -El marit afegeix: Si, yo creo que le viene de entonces, pero no por la muerte, sino porque no se lo dejaron ver. Quizás si ella hubiera podido verlo y abrazarlo ahora no estaría así. Pero claro, nosotros éramos muy jóvenes, yo estaba fuera trabajando, y la familia creyó que era mejor para ella que no lo viera, lo hicieron con la mejor intención, pero queriéndole hacer un bien le hicieron un mal." (R.T., 300.4)*

La persona i la família expliquen aquest fet com a immodificable, ja que és quelcom que va passar fa molt de temps, i que, per tant, no es pot canviar; d'aquesta experiència, se'n té un record molt nítid, a pesar del temps transcorregut i s'explica amb tot luxe de detalls, donant-li una major importància que als altres fets més recents. S'observa, en escoltar aquest relat, que la persona i sovint els seus familiars, especialment la parella o els pares que l'acompanyen, entenen que en no ser modificable el fet que ha causat el procés depressiu, difícilment es pot curar de la seva malaltia, encara que això últim en cap cas el malalt o el familiar ho expressa directament, sinó que ho suggereixen mitjançant el relat detallat dels fets que van passar fa molt de temps.

*La malaltia relacionada amb un fet que en un altre moment  
hagués pogut ser intranscendent*

En aquest cas la persona no assenyala tant la importància del fet sinó les característiques del moment en què va tenir lloc i que va comportar que aquest succés prengués una especial importància. Així, la debilitat física i/o psíquica, especialment anèmia, tensió arterial baixa, cansament o trobar-se sense energia en haver fet front a una sèrie de disgustos o fets conflictius de la vida que els havien deixat dèbils psicològicament, són els desencadenants de la situació conflictiva. Seguidament en el seu relat el pacient explica que hi han hagut altres situacions en la seva vida que considera més dures i difícils que l'actual, però que ell es trobava més fort i, per tant, va poder-los afrontar amb valentia i no li van causar cap malaltia:

*"He pasado épocas muy malas, mi marido no tenía trabajo, incluso un día no tenía ni leche para darle a mi hija, ni nada que echarme a la boca; entonces lloraba por lo que me pasaba pero no tenía depresión, en cambio ahora no tengo tantos problemas y estoy deprimida, creo que yo siempre he sido muy fuerte pero ahora el médico me encontró anemia y puede ser que me haga más débil, y por esto esté tan deprimida."*  
(M.C., 300.4)

## *La malaltia relacionada amb les mancances de preocupacions, ocupació, activitat*

Les persones que se senten identificades amb aquesta causa de malaltia ho expliquen com una elaboració del que han sentit dir als altres; així el relat és, freqüentment, en tercera persona i diuen estar-hi més o menys d'acord:

*"Mi marido me dice que es porque ahora no tengo tanto trabajo como antes, y que no tengo otras preocupaciones, yo siempre había tenido mucho trabajo con los hijos pequeños, uno de ellos estuvo durante mucho tiempo enfermo, después tuve que cuidar durante mucho tiempo a dos hermanos que murieron de cáncer...y ahora, es verdad, no tengo tanto trabajo como antes; mis dos hijos están casados y la que me quedaba en casa ahora se ha ido a vivir con el novio, pero mi marido y yo nos llevamos bien y los hijos vienen a visitarnos (...); a veces también pienso que quizás me vino porque cuando llevas una temporada bien luego tiene que pasar algo malo, yo ya sé que esto es una tontería pero yo lo pienso (...) después de todo, a lo mejor, es una enfermedad que te viene como otra cualquiera, y coges ésta como podrías coger otra." (R.S., 300.4)*

A causa de l'evolució del cicle normal de la família, és freqüent que aquest fet l'expliquin persones en l'edat de la jubilació, o que coincideixi amb el temps en què els fills/es marxen de casa i, per tant, en un moment amb menys ocupacions i amb més temps disponible. En el cas en el qual s'indica la pèrdua de rols com a causa de la depressió, tant la gent de l'entorn com els mateixos professionals insisteixen en el fet que la persona ocupi el seu temps amb altres activitats, però la persona tractada no acaba d'estar convençuda que aquesta sigui la causa de la seva depressió i sovint es resisteix als consells que se li donen, alhora que la seva depressió li fa difícil poder-los portar a terme, tot això, li reforça la idea que els demés no entenen el que li està passant.

També expliquen això els familiars o les altres persones que volen donar a entendre que ni ells ni la seva família tenen cap problema personal ni familiar que pugui justificar la depressió, encara que si l'entrevista s'allarga puguin explicar moltes coses que els han passat. De totes maneres, remarquen amb molta cura que no tenen res a veure amb la depressió actual; potser intentant refusar la responsabilitat envers la malaltia.

*La malaltia relacionada amb un cúmul de circumstàncies que s'han donat en un moment determinat en la seva vida*

El fet que precedeix a la depressió, encara que aquest per si sol podria no tenir importància, és considerat el desencadenant i té la funció de la gota que fa vessar el got. Aquesta causa sovint prové de l'explicació del professional i que la persona ha fet seva, en un intent de buscar un significat a la seva experiència. Quan ho expliquen recorden la teoria de l'estrès i sol ser un relat molt elaborat i en el qual estan d'acord els professionals, la persona i el seu entorn. L'afectat descriu un llistat de fets que li han succeït abans del procés depressiu, en un curt espai de temps, i que pensa que poden ser la causa del seu trastorn depressiu:

*"A mi se'm va desencadenar per un cúmul de circumstàncies, es van ajuntar moltes coses, però jo em sentia forta i anava fent front a les dificultats. El meu marit va tenir un "atac de feridura" i al cap de dos dies d'estar ingressat va venir el notari de l'empresa per la qual treballava a treure-li els poders, li van fer agafar la jubilació anticipada, a tot això, el pis on vivíem també el vam haver de deixar perquè era de l'empresa, i de cop i volta ens vam trobar al carrer, a més la meva sogra ja feia temps*

*que vivia amb nosaltres i estava invàlida. Nosaltres tenim cinc fills i en aquell moment dos estaven estudiant a la universitat, però jo molt valenta buscant treball i venent les coses que podia per tirar endavant; va ser després, quan ja ens en vam sortir, quan a poc a poc em vaig anar enfonsant, no sabia què em feia, em mirava la meva sogra i el meu marit i plorava, pensava menys mal que no se'n donen compte que els cuida una dona com jo, no m'hagués aixecat del llit".(C.E., 296.2)*

En el relat del grup de persones en què existeix la creença que la seva malaltia és deguda a un seguit de fets que s'han ajuntat en un moment determinat, el discurs sobre l'evolució de la seva malaltia depressiva és més dinàmic i, d'alguna manera, donen a entendre que tenen més possibilitats de sortir-se'n que en els altres casos que ho veuen relacionats amb fets passats immodificables; per un altre costat, també l'entorn és més comprensiu en relació a la causa de la malaltia i el recolzen més fàcilment, ja que entenen que si a una persona li passen moltes coses pugui estar deprimida.

### *Com a conseqüència d'un trastorn químic o bioquímic*

Normalment ho expressen persones de classe social alta que han llegit sobre la depressió o els han explicat els professionals quina era la causa. No obstant, en tots els casos de la mostra, també s'expliquen altres causes de la depressió que l'acompanyen, en cap cas la veuen com la única causa. El trastorn orgànic els permet explicar el caràcter més o menys durador i recurrent de la mateixa, i justifica el tractament farmacològic:



*"A mi, el neuròleg, em va explicar que la depressió venia d'un problema amb els neurotransmissors cerebrals, que hi havia unes substàncies que si et faltaven et provocava la malaltia depressiva i, és clar, jo penso que si tens un problema amb aquestes substàncies, això ho tindrà tota la vida, jo els ho vaig explicar als meus pares, els vaig dir això és com el que té una diabetis, que tota la vida s'ha de medicar".(J.C., 300.4).*

Les persones que han viscut diferents episodis depressius al llarg de la seva vida tenen en compte, en el seu discurs retrospectiu, algunes de les causes abans esmentades, i les van encaixant en el seu relat tot justificant l'elecció, segons la pertinença del moment. De totes maneres, quan la persona no pot trobar un argument permanent, que doni un sentit únic al seu relat, busca relacionar la causa de la seva malaltia amb fets com poden ser el temps, el destí o Déu, com és el cas d'aquest informant que patia depressions recurrents des dels vint anys:

*"La primera vez que tuve depresión fue porque me dio la manía de dejar de comer y al estar débil me atacó los nervios, pero entonces era muy joven y enseguida se me curó. La segunda fue cuando me vine a vivir de Francia aquí, estaba muy bien era para mejorar y no tenía problemas económicos, pero me costó adaptarme a la nueva vida. La tercera fue porque Dios quiso. La cuarta fue cosa del tiempo, se apoderó de mí una angustia que es como si me viniera todo el mundo encima, me duró mucho. La última ha sido porque se me han juntado muchas cosas en poco tiempo."(J.S., 300.4).*

Hi ha un grup de pacients que durant les entrevistes especula amb les causes sense acabar d'estar molt convençuts que hi hagi un únic factor en el seu origen. Pensen que la malaltia depressiva els *ha atacat* a ells i no a d'altres del seu entorn per un factor d'atzar ja que reconeixen que aquests poden tenir més elements per estar depressius. En resum, es diu que tenir la malaltia és un misteri i no tenir-la també ho és.

Tant les persones afectades com els seus familiars donen molta importància al fet de poder explicar-se la causa de la malaltia i, per tant, donar-li un sentit; així, en els casos on hi ha un cert consens o acord sobre per què s'han posat malalts, es passen, tant els pacients com els familiars, una part important de la trobada explicant diferents anècdotes i fets que recolzin la hipòtesi de per què els ha afectat a ells i en aquell moment. Al mateix temps s'observa una millor comprensió del procés depressiu i, per tant, menys tensió familiar i personal.

Des del punt de vista de la família i de l'entorn social, és més fàcil comprendre la malaltia depressiva quan hi ha una causa que ho justifiqui, encara que, des del punt de vista mèdic, són més greus les malalties endògenes o sense causa exterior visible. A més a més quan la persona ha passat diferents episodis depressius i finalment ha trobat una causa que justifica la seva depressió, diu que a partir d'aquell moment li ha estat més fàcil comunicar-ho al seu entorn i parlar-ne:

*"Jo de sempre he tingut depressions però abans no en parlava amb ningú, em feia vergonya, després de la meva malaltia, -la pacient ha sofert diverses amputacions per càncer- en parlo amb tothom doncs ja no em fa vergonya dir que tinc depressió; no obstant quan em queixo a casa em diuen però de què et queixes si ara estàs tant be, què no et recordes com estaves?, referint-se al càncer, no creuen tampoc que tingui motius per estar deprimida."(M.A., 300.4).*

Malgrat tot, es veu que no sempre l'entorn entén la depressió, encara que la persona tingui circumstàncies que ho justifiquin (pèrdua d'un treball, malaltia, dificultats familiars etc...), ja que si en un primer moment s'accepta més fàcilment, posteriorment els resulta difícil d'acceptar que aquesta malaltia perduri en el temps, perquè en el fons,

pensen que el familiar hauria d'acceptar la situació que li ha tocat viure, per dura o difícil que sigui. A més a més sovint el familiar expressa el sentiment d'injustícia davant el fet que la situació també li ha repercutit a ell i no tan sols ha hagut de superar-ho sinó que, a més a més, ha d'ajudar l'altre a sortir-se'n. Per un altre costat, els familiars sovint és troben davant un fet paradoxal, ja que per una part creuen que si accepten la depressió i fan cas de les seves queixes, poden fer que l'altra persona se n'aprofiti per allargar el procés depressiu mentre que, si no li fan cas, se senten culpables.

Si bé tots els casos de la mostra es poden integrar dins d'un d'aquests apartats sobre les causes de la malaltia, es pot donar el cas que en la vida d'una persona s'hagin donat fets de més d'un apartat; en qualsevol cas, però, ell o ella triarà una causa per donar-li un significat al seu patiment i trobar un sentit a la vivència del seu episodi depressiu actual.

És interessant observar com a partir del sentit que li dóna a la seva malaltia, la persona introdueix en el relat una perspectiva temporal i et diu si creu que la malaltia serà un procés temporal a la seva vida o serà permanent, és en aquest sentit on s'han organitzat les dades sobre el pronòstic que l'afectat fa del seu procés de malaltia. La persona estableix una relació temporal entre la causa de la malaltia i la creença amb la seva durabilitat.

#### **Taula núm. XV.- Perspectiva temporal de la depressió**

<b>Estàtiques</b>	<b>Dinàmiques</b>
Cos i ment deteriorat. Fet succeït en un moment determinat.	Cúmulo de circumstàncies. Fet que hagués pogut ser intranscendent. Mancances de preocupacions, ocupacions.
Trastorn bioquímic (crònic)	Trastorn bioquímic (agut)

S'identifiquen en el discurs del malalt causes que corresponen a una perspectiva estàtica (el pacient creu que la seva malaltia és un procés crònic), i d'altres a una perspectiva més dinàmica (el pacient creu que la seva malaltia és un procés agut). En el cas del trastorn bioquímic, la persona ho pot explicar com si el trastorn fos una malaltia crònica i, per tant, per sempre o una malaltia aguda i per tant modificable.

El sexe no és un element significatiu a l'hora de valorar la causa de la malaltia depressiva, ja que tant els homes com les dones argumenten les mateixes causes. De totes maneres, com que les dones habitualment tenen una vida més relacionada amb l'àmbit domèstic i els homes amb l'àmbit laboral, a l'hora d'explicar els fets que constitueixen la causa de la malaltia uns fan més referència als problemes familiars i domèstics i els altres als problemes laborals. Tampoc s'observa en els relats diferència en relació al sentit que se li atribueix a la malaltia depenent del diagnòstic clínic de depressió.

Hem vist com l'anàlisi de les causes és una elaboració retrospectiva que dona sentit a la vivència de la malaltia en un moment determinat; aquestes causes tenen connotacions molt lligades als diferents models teòrics de la malaltia depressiva, de tal manera que, a pesar que les experiències de la majoria dels afectats són molt variades poden ajustar-se a cada un d'aquests apartats. Els pacients i els familiars en trien un en funció de la seva percepció de la vida. Els professionals, depenent de la seva visió teòrica sobre la malaltia, matisada per l'experiència professional, no sempre el sentit que li dona el malalt, el familiar i el professional coincideix.

Creiem que escoltar i respectar el sentit que dóna el malalt a la seva experiència depressiva, és allò que permet entendre la persona i acostar-se a ella no des de la identificació diagnosticada i classificació dels símptomes, sinó des de la comprensió del seu patiment. Sovint el professional està més preocupat en fer encaixar la historia dins la seva visió teòrica que en escoltar el seu relat i entendre el sentit que la persona atribueix a la seva malaltia. Ens sembla important assenyalar el concepte de temporalitat com un fet que en molts casos condiciona el pronòstic de la malaltia per part del pacient i la família.

## ESTIC BOIG?

*"Lo más difícil es que es una enfermedad que no la puedes ver, ni la puedes tocar. Si tienes una herida, aunque sea un tumor, ves como evoluciona, te lo pueden operar...pero esta enfermedad es real y en cambio no tienes ninguna lesión física; esto hace que la mayoría de la gente, incluso el médico, piense que todo es un cuento, en cambio yo ya llevo cinco años con este dolor y no me sacan lo que tengo...El otro día le dije a la psiquiatra por que no me hacía una resonancia y ella me contestó que esto me lo tenía que mandar el neurólogo, por otra parte el neurólogo ya me hizo un T.A.C. y como me salió bien me dijo que no era cosa suya y que fuera al psiquiatra, y claro yo ya no puedo volver al neurólogo. ¿Usted qué cree?." (C. M., 300.4)*

Els malalts creuen estar convençuts que la depressió és un malaltia que afecta al cervell, però els falten referents on encaixar el seu patró. Per una part creuen que, si la depressió és una malaltia que afecta el cervell, hi hauria d'haver mitjans diagnòstics que permetessin objectivar el seu trastorn, i no entenen com els metges no hi fan una exploració física amb aparells, (per exemple: un EEG, una TAC, una ressonància magnètica...), per delimitar amb exactitud el grau i l'abast de la seva malaltia; això es manifesta, especialment en els casos de depressions on predominen els símptomes físics, maldecap, mareig, trastorns de l'equilibri, tensió en la zona cervical..., i, en el cas que els facin les proves, no entenen per què no surt res que segons ells justifiqui i doni sentit a les seves molèsties. Així la persona entrevistada es veu legitimada a criticar el metge, la metodologia diagnòstica i el tractament, perquè li sembla impossible que en una època tan avançada tecnològicament, no sigui possible constatar de manera clara i objectiva ni el seu trastorn ni la seva evolució.

Aquest **referent com a malaltia física** és més freqüent en persones de la mostra amb un nivell sociocultural baix i sovint d'edat avançada, aquesta recerca d'objectivar la malaltia els porta a recórrer infinitat d'especialistes dins el circuit assistencial, així com sotmetre's a diferents proves, tot i sabent els professionals que el resultat serà negatiu, es cansen que la persona es queixi i no pugui explicar que el que li passa no és un mal físic, aleshores s'arriba a un consens metge-malalt on hi ha un diagnòstic físic que encara que no està molt clar des del punt de vista científic, el malalt creu que justifica les seves molèsties *-El médico me dijo que todo podría venir porque tengo el estómago caído-*. Així ens ho explica aquest professional de la neurologia:

*"Yo tengo que verme en dos horas catorce individuos i la mitad de ellos son nuevos, o sea yo no los conozco de nada, de un 70% a un 90% depende de los días me vienen con dolores de cabeza, mareos i sensación de cansancio, flojedad y pérdida de memoria, hay gente que con la experiencia ya los ves venir y te vienen por un escáner sistemático, yo a éstos les doy de entrada el escáner, antes quería convencerlos, pero ahora ni me molesto. Cuando el resultado es negativo, como en la mayoría de los casos, intento explicarles que puede ser un problema que tenga que ver con su forma de vida, pero claro, a la gente esto no le gusta, la gente va con la idea que les des un remedio maravilloso sin hacer esfuerzos y yo lo que les digo es que tienen que replantearse aspectos importantes de su vida, algunos me entienden y algunos no, a veces con según qué personas les digo que les puede venir todo de las cervicales y así, si das un nombre a lo que tienen les tranquiliza mucho, lo ven como una cosa que está ahí, que no se puede curar, que tendrán que aprender a vivir con ello, pero que no acabará siendo un tumor o una cosa rara; a mí esto me va bien, le doy al enfermo una manera de aprender a convivir con su mal, aunque desde el punto de científico, esto no sea ninguna entidad nosológica, también he observado que esto funciona mejor cuando les propones seguir viniendo de vez en cuando, así les sigues atendiendo y ellos están más contentos. Hay otro tipo de gente, que a pesar de todo lo que les dices, veo que*

*desconfían de mí, a éstos les pongo a dar vueltas y les envío a otro médico y éste les enviará a otro y así sucesivamente, y mientras tanto esta gente está entretenida dando vueltas". (Neurólogo)*

En aquest cas, veiem la dificultat que tenen els professionals en voler fer entendre a la persona que la seva malaltia no és una malaltia física, sinó que pot estar facilitada per la seva forma de viure, aleshores quan la persona no ho accepta, és quan s'inicia aquest itinerari per la majoria dels especialistes, tot i sabent que les proves que es realitzaran seran negatives. El fet que sigui una malaltia que no es pot veure ni mesurar, és un dels elements que apareix com una dificultat en el discurs tant dels familiars com dels afectats. En el cas de la depressió, el diagnòstic es fa a partir del relat de la persona o de la seva família i l'observació de la manera com aquest explica els seus símptomes, to de veu, mirada, quantitat de detalls, etc. El professional en la història clínica registra els símptomes que ell considera objectius i representatius de la malaltia depressiva com pot ser trastorn del son, pèrdua de gana, tristesa i altres més subjectius, com és el relat de l'experiència de la persona. Poques vegades s'utilitzen per fer el diagnòstic tests o escales per mesurar el nivell de depressió.

Un cas especial, amb les persones que consideren la malaltia depressiva a partir de referents físics, són els malalts **tractats amb liti**<sup>29</sup> ja que ells expliquen que el resultat de les anàlisis que es realitzen periòdicament per controlar el nivell de liti en sang són la prova palpable de la constatació i de l'evolució de la seva malaltia depressiva, alhora que els permet considerar-la des d'un referent molt més biològic:

---

<sup>29</sup> Les sals de liti han estat utilitzades, per estabilitzar els trastorns de l'humor. Per evitar la toxicitat d'aquest metall el malalt ha de realitzar periòdicament una analítica per detectar els nivells plasmàtics de la substància i regular la dosi.



*"Falta de química, per a mi la depressió és un problema de química, et falta química i el cos no pot viure sense ella. De vegades els disgustos, l'estrès et desgasten la química del cos. És com l'amor, una qüestió de química. Els consells no et serveixen de res, sols anar al psiquiatre i que et donin química. Per què penses que és química? En el meu cas el psiquiatre em va dir: -¡Hazte un análisis de sangre!- i em van trobar que tenia poc Liti, aquest és un metall que et falta quan tens la depressió, perquè el perds per la depressió o ja neixes sense ell. Ara encara continuo amb el Liti fent-me anàlisis de sang cada quatre mesos per a veure com segueixo de la depressió." (M. S., 296.2)*

En aquest sentit un altre informant ens diu:

*"Jo crec que sí que al cervell li falta algun líquid o alguna cosa que no circula, després quan he estat millor he tingut molt d'interès per llegir llibres de depressió i he arribat a la conclusió que quan estàs deprimit et falta química i necessites ajuda mèdica. A mi ja m'ho van dir, fins als 60 anys hauràs de prendre liti i fer-te anàlisis de sang sistemàticament. (...) De vegades els metges per voler fer-te un bé et fan un mal, fa un temps em van canviar a un metge de capçalera i em va dir que per evitar-me haver de fer tantes anàlisis de sang, com que estava bé, provés de passar sense prendre el Liti, tant va insistir que vaig provar de deixar-ho, i clar, al cap de poc temps vaig tornar a caure en la depressió." (S. S., 300.4)*

En els dos casos veiem l'afirmació de la pròpia malaltia com quelcom físic i que pot ser objectivat per mitjà de l'analítica del Liti. En aquest discurs veiem com la persona, a través d'una elaboració mixta entre la seva experiència, coneixements divulgatius i l'explicació dels metges al llarg del seu procés vivencial, conforma un text més o menys elaborat del que ha sigut la seva malaltia depressiva.

Per altra banda, si es pensa en un referent d'una malaltia psíquica, tenen necessitat d'explicar les diferències entre la seva malaltia i altres que també necessiten l'ajut del psiquiatre, pensen que és una malaltia diferent de les altres, referint-se a les psicosis. Els entrevistats amb freqüència diuen haver anat al CSM ja avisats que allà hi trobarien *de tot*: gent que es droga, que crida, que fa coses rares, en una paraula *bojos*, i a ells els diuen les persones del seu entorn que a pesar de necessitar atenció psiquiàtrica no estan tan malament com els altres. Ho raonen en base a la possibilitat que tenen d'adonar-se del que els passa, però és evident que a pesar de no estar bojos necessiten tractament. De totes maneres, no es pot evitar que les persones es preguntin per què hem de rebre tractament si no estem bojos?:

*"Jo ja vaig vindre sabent lo que em trobaria, és que ja els deia als meus fills m'estic tornant "fela", ells em volien ajudar i em deien -mare, si et dones compte del que et passa no deus estar tan malament com dius-, però jo pensava, sí!, sí! ara me n'adono però arribarà un moment que ja no seré conscient del que faig, de totes maneres tampoc els explicava tot el que em passava, doncs ja em veia plena de corrents elèctrics." (E. J., 300.4)*

Aquesta por al trastorn mental l'expressen a partir de comentaris en relació a l'observació dels comportaments dels altres, especialment es fa palès en la sala d'espera de les consultes. Tot això, però, agafa especial importància en cas que la persona hagi estat ingressada en un hospital psiquiàtric, ja sigui per la gravetat de la malaltia depressiva o per l'intent d'autòlisi com a conseqüència de la mateixa:

*"La filla ens explica, jo crec que ara no ho tornarà a fer -la malalta estava diagnosticada d'un trastorn depressiu i va fer un segon intent d'autòlisi amb ingesta d'antidepressius i alcohol-, doncs en estar ingressada en una institució*

*psiquiàtrica i estar en un pavelló on hi havia bojos de veritat i no gent com ella ... dels que estan allí sempre, això la va espantar molt, l'altra vegada va ser diferent, ja que va estar ingressada un any en un hospital general degut a les múltiples lesions provocades en tirar-se a la via del tren, però aquesta vegada, en estar en un psiquiàtric crec que ha sigut una experiència molt dura, a mi em dóna una certa tranquil·litat pensar que això la va espantar molt i que ella diu que no voldria tornar-hi per res del món, ni tampoc ho desitjaria per a ningú de la família." (Filla, Malaltia 296.2)*

A la vegada pensen que si el psiquiatre és el metge que està acostumat a tractar malalties psíquiques més vistoses, i més importants, és difícil que es prengui seriosament el seu cas; per tant, la persona ha d'estar molt segura abans d'anar-hi i s'ha d'esforçar en presentar el seu cas de manera interessant i singular:

*"Jo no hi volia anar al psiquiatre, tenia por que pensés -mira, una altra ximpleta que diu que té depressió-, però el psiquiatre en veure'm tan malament de seguit li va dir al meu fill, -la seva mare està molt malalta-, de seguit es va adonar que el meu cas era un cas molt important." (S. G., 296.2)*

Altres afectats comenten que la depressió cada dia és més freqüent i això fa que molts diguin que la pateixen i no sigui cert, apunten que és molt difícil poder diferenciar què és una depressió i què no ho és, i que ells mateixos, tot i haver experimentat els símptomes, no acabaven d'estar segurs que allò que els passava podia ser considerat una malaltia. Comentant amb tristesa, com la gent del carrer utilitza amb poca serietat el terme depressió i comparen els símptomes dels altres amb els seus, la incapacitat per a comunicar-se, els dubtes, la inseguretat i la tristesa.

Apareix sovint la idea que el trastorn depressiu és molt nou, del qual se'n parla molt, però malgrat tot és poc conegut i difícil de diagnosticar pels professionals, així com difícil de ser detectada tant per la gent del seu entorn com per ells mateixos, creuen que en molts casos és conseqüència de la forma de viure d'avui dia. No obstant, durant les entrevistes tot i remarcant el concepte de malaltia moderna, relaten tot un historial de comportaments qualificats com a negatius, que li donant una mala imatge i que ell relaciona amb la seva depressió actual; per exemple, diuen que abans aquests malalts eren qualificats de *dropos*, que estaven carregats de manies, que eren pobres d'esperit, alguns, a més, expliquen que han tingut antecedents dins de la pròpia família, i busquen referents en comportaments estranys dels seus familiars, afirmen estar segurs que actualment serien diagnosticats de depressius:

*"A mi ya me viene de familia, el hermano de mi madre estaba un poco ido, dormía con un cuchillo debajo de la almohada y la hermana de mi madre le pilló la manía de decir que su único hijo se moriría y al final ella tuvo que ser ingresada en un psiquiátrico donde murió, pero ya se sabe en aquellos tiempos la depresión no se conocía, ni podía ser tratada como ahora." (J. S., 300.4)*

Habitualment, les persones expliquen aquestes experiències com a pròpies de la malaltia depressiva, donant a entendre que el comportament depressiu és el mateix al llarg del temps, encara que ha variat el tractament i que té confiança que es donarà una evolució satisfactòria en el seu cas. Un cas especial és quan la persona tractada té familiars amb altres malalties psíquiques o comportaments estranys en el moment actual (cal aclarir que en cap cas el malalt les diferencia); aleshores expressa una major sensació de vergonya en explicar els comportaments del seu parent, a la vegada que té por de convertir-se com ell i tenir el mateix final. Aquesta por persisteix a pesar d'explicar que

la malaltia que té el seu familiar és diferent a la seva, i fins i tot quan parlen del tractament manifesten la seva desconfiança, donada l'evolució del seu familiar:

*"A mi m'han dit que tinc depressió, i que amb el tractament em curaré, però jo tinc por de tornar-me com la meva mare -La seva mare pateix una psicosi esquizofrènica- que fa dos anys està ingressada en una institució psiquiàtrica; fins fa poc jo sempre havia estat bé, i pensava que lo de la meva mare era una malaltia que no tenia res a veure amb mi però jo no m'ho puc treure del cap, no sé si prendre la medicació, doncs ella quan se la va prendre no podia parar de tremolar les seves mans, el metge em diu que tot em ve dels problemes que he tingut a la feina i que em curaré, però jo crec que estaria millor mort, així la meva família cobraria l'assegurança i no tindríem els problemes econòmics que tenim ara. A més, jo no em vull tornar com la meva mare"*  
(J.F., 300.4)

D'altres remarquen que la depressió ni tan sols en els aspectes divertits de la bogeria s'hi assembla, assenyalen que és la malaltia psíquica que produeix més patiment al malalt encara que sigui més tolerada per la família i l'entorn, com ens ho explica aquesta autora en el seu llibre autobiogràfic sobre la depressió:

*"He procurado evitar la palabra locura para describir mi situación. Locura es un vocablo demasiado rutilante para transmitir lo que experimentan la mayor parte de las personas que se van a pique. Es una palabra demasiado excitante, demasiado literaria y llena de connotaciones interesantes, para transmitir con acierto el tedio, la lentitud, el hastío.../ la depresión es una enfermedad carente de carisma, totalmente opuesta a la vibración vitalista que se relaciona con la locura.../ pero la depresión es algo puramente mortecino, es tedio a secas, y no se asocia nunca a nada salvaje, a pasarse la noche bailando con una pantalla de lámpara en la cabeza.../ recordemos que cuando uno se encuentra en este punto en el que decide hacer algo tan*

*desesperado como meter la cabeza en el horno y abrir la espita del gas, es porque la vida que ha precedido a este acto ha sido incluso peor.” (Wurtzel, 1989, pag 281)*

La por a tornar-se boig l'expressen amb més intensitat les persones que expliquen una simptomatologia més psíquica que orgànica, i que coincideix amb les persones d'un nivell sociocultural més alt. És curiós el fet que moltes persones, després d'estar una estona parlant de la diferència entre la clàssica *bogeria* i la depressió, i insistir que tenir una depressió en cap cas vol dir estar boig, em pregunten vostè què creu?, com si no acabessin d'estar convençuts d'allò que expliquen i volguessin sortir de dubtes de si ho estaven o no.

Algunes persones d'edat més avançada i d'un nivell cultural més baix, busquen el referent de la seva malaltia depressiva en la paraula *nervis o manies*, essent per a ells aquest, un concepte més pròper a la seva experiència i, per tant, molt més normatiu. Així ens diu un informant al final de l'entrevista, després d'estar parlant de la seva depressió durant dues hores:

*“Mire, a mí la doctora me dijo que esto que tengo es depresión, pero yo, si quiere que le diga la verdad, no se si es depresión o es de los nervios, porque mi padre ya era muy nervioso, mi madre también padeció toda la vida de los nervios y mismamente mi hermana tiene muchas manías, yo me tomo la medicación... pero a veces pienso si no será todo de los nervios y entonces la medicación no hace nada” (E. J., 300.4)*

Les persones que viuen en un entorn on la paraula *nervis* té un significat més proper, ja que el pare i la mare també en patien, és a través d'aquesta paraula on troba l'explicació de tota la seva simptomatologia. La paraula *mania* surt també al relat fent referència a

un comportament que singularitza a la persona que la pateix, a la vegada que els recorda aquella dita que *-de manies no en cura ningú-* i l'utilitzen amb freqüència les persones de l'entorn del malalt, potser perquè pensen que si de manies no en cura ningú, el millor que pot fer el seu familiar és acceptar la seva situació i conformar-se i, per tant, evitar a la persona i a la família haver d'afrontar-se a l'experiència de viure una malaltia mental.

Els pacients que semblen no decidir si la seva malaltia té un referent físic o psíquic, dissocien en el seu relat els diferents símptomes psíquics: tristesa, dificultat per fer les coses, sentiments d'impotència etc., dels altres més físics com: tensió cervical, mals de cap, mareig, vertigen i en parlen com si es tractés de dues malalties diferenciades, donant més importància a una o a l'altra, depenent del moment que estiguin passant:

*"Cuando íbamos a Barcelona, fue la época en que ella estuvo mejor, allí no la trataban de la depresión, pues el médico no era psiquiatra, si no que era un biólogo que venía de Madrid, pero a ella le dolía menos la cabeza i estaba menos cansada, ahora está mejor de la depresión, pero se queja continuamente que tiene un peso en la cabeza que no le deja pensar claramente y no puede salir de casa porque si sale se marea"* (E.G., 300.4)

Habitualment les persones de nivell social i cultural més baix tenen més tendència a percebre els símptomes depressius en la seva vessant física i, les de nivell sociocultural més alt en la seva vessant psíquica; cal dir, però, que en la majoria de casos ambdues explicacions simptomatològiques no eren excloents, però sí que l'informant posava l'accent en el seu relat en l'una o en l'altra.

En relació a la seva experiència depressiva, a la persona sovint se li plantegen dos dilemes importants, per una part, si la malaltia és una malaltia que pot ser tractada

medicament no pot entendre com en una època tan avançada tècnicament no es pugui constatar el seu trastorn, en canvi si accepta que és una malaltia psíquica, aleshores és quan la *metàfora de la malaltia mental* es fa evident i condiciona la forma de viure-la tant per part de la família com del pacient. Un cert consens s'observa amb les persones de la mostra que han estat tractades amb liti i que en fer-se l'analítica periòdicament ho interpreten com una manera de poder constatar l'evolució de la malaltia i permet tenir-ne un referent objectiu.



## **SOBRE L'ASSISTÈNCIA I EL TRACTAMENT**

La persona tractada i el seu entorn tenen una sèrie d'idees prèvies a la malaltia, sobre què són els medicaments psicotrops o *pastilles per als nervis*; aquestes idees prèvies es posen en marxa en el moment en què el malalt o el familiar és tractat per depressió i generen actituds diferents a l'hora del compliment terapèutic. Molts pacients diuen que aquests medicaments antidepressius són drogues i hi apliquen tot el que han après o coneixen sobre el món de les drogues; així, expliquen freqüentment els efectes de dependència, tolerància i estat d'ànim anormal. Com elements a considerar en relació a aquests medicaments, aquests criteris prenen més importància en la gent jove i activa.

### *Me'ls he de prendre?*

En el cas de la medicació antidepressiva, es dona amb freqüència una contradicció entre els coneixements del metge i les expectatives del malalt. Des del punt de vista científic, el medicament antidepressiu tarda unes tres o quatre setmanes en fer efecte, té uns efectes secundaris als quals el pacient s'hi ha d'anar acostumant, i que desapareixen amb el temps, i s'ha de prendre segons unes pautes establertes, ja que a dosis més baixes pot ser que no actuï. El punt de vista de la persona és que els medicaments han de funcionar, que la persona tractada, s'ha de sentir millor de manera ràpida; en cas contrari, si no funciona s'han de canviar. Sovint creuen també, que els efectes secundaris són com a conseqüència de l'empitjorament en la seva malaltia i que n'han de prendre la menor quantitat possible.

Aquestes idees sovint parteixen de l'experiència que hom té amb la ingesta de medicaments tranquil·litzants i aplica als antidepressius el mateix esquema, creant-se una contradicció que sol ser un dels conflictes bàsics amb el tractament d'aquests pacients.

**Taula núm. XVI.- Idees referents a la medicació antidepressiva**

<b>Idees dels professionals</b>	<b>Idees dels usuaris</b>
Els medicaments antidepressius s'han de prendre en les dosis prescrites, pel fet que es mostren ineficaços a una dosi menor que la terapèutica.	<i>La dosis se l'ha de fer cadascú depenent de com es troba aquell dia, sempre tenint en compte que com menys en prengui, millor, ja que són medicaments molt forts.</i>
Els antidepressius triguen de 4 a 5 setmanes en fer efecte; és necessari tolerar els efectes secundaris durant aquest temps, doncs canviar-los pot retardar l'acció terapèutica.	<i>Els medicaments han de fer un efecte ràpid, i si no van bé, s'han de canviar; en cas contrari pot ser pitjor el remei que la malaltia.</i>
La duració del tractament necessari després dels símptomes no ha de ser inferior a quatre mesos (en cas de depressions recurrents pot ser fins i tot superior).	<i>El medicament s'ha de deixar tant aviat com es pugui, ja que si continués massa temps pots fer-te depenent de la medicació i després no pots viure sense ella.</i>
Els antidepressius són eficaços i necessaris en un 70 - 80 % dels casos de depressió.	<i>La medicació no ho és tot, el més important ho has de fer tu.</i>

Aquestes representacions són compartides tant pel pacient com pels familiars, de manera que de vegades són els familiars els que creen els dubtes sobre si és necessari o no assumir el risc que la medicació comporta. Així, si creuen que la malaltia és important, veuen la medicació com un aliat; en canvi, si creuen que la depressió no passa de ser un trastorn sense importància, que es pot curar sense medicació, pressionen a la persona, especialment si és jove, perquè la deixi:

*"La gent inclús la meva mare, els amics, la meva sogra, em diuen As... aquesta medicació que prens és molt forta -referint-se als antidepressius-, i ets massa jove per prendre-te'ls sempre, després t'hi acostumaràs i no podràs viure sense ells. La meva mare posa l'exemple d'una veïna que fa molt de temps que es pren la medicació i fa uns moviments molt estranys, es pensa que a mi també em pot passar el mateix. El meu xicot, al principi, també m'ho deia que no me la prengués però ara, després de l'última vegada que vaig estar tan malament, diu que no faci cas de la gent i que me les prengui". (A., 300.4)*

Les persones, tractades amb ansiolítics o antidepressius, apliquen en ambdós casos el mateix esquema quant a tolerància i dependència; en canvi, els professionals diferencien clarament el risc de dependència que pot generar un tranquil·litzant d'un antidepressiu, creant-se una dificultat entre els uns i els altres. En relació a la tolerància, els informants expliquen el cas de persones del seu entorn que han estat tractades llarg temps i que creuen que no han millorat; en aquest sentit diuen: *-arriba un moment en què la medicació ja no et fa efecte-* ; per altra banda, la dependència l'expressen a través de l'angoixa d'abandonar el tractament, diuen: *ara estic millor però em fa por de deixar les pastilles, no sé si podré viure sense elles.*

Algunes persones, creuen que prendre la medicació és per a ells una sortida fàcil, ja que ho veuen com una manera d'evitar fer front als conflictes interiors causats per la depressió. En aquest sentit, un informant ens deia:

*"A mi em van ensenyar a pensar que els homes hem de ser capaços de sortir de la desesperació mitjançant l'exercici de la voluntat, de la intel·ligència i del treball, encara que això signifiqui anys de lluita. En la meva família, lluitar i inclús patir es considerava més noble que prendre "la pastilla màgica"; a més, jo tampoc hi crec en la*

*pastilla de la felicitat i així li vaig dir a la doctora el primer dia, si existís la pastilla de la felicitat, vostè seria la primera en prendre-se-la". (L. S., 300.4)*

En aquest sentit s'ha observat que els homes tenen una major resistència a tractar-se per depressió, especialment si són joves i porten una vida laboral activa, ja que creuen que el medicament els pot afectar en el seu treball. Quan l'home és més gran o té una vida laboral inactiva, per atur o jubilació, aleshores s'observa menys resistència a prendre's la medicació, encara que en molts casos, ambdós, creuen que les pastilles no serveixen per solucionar els seus problemes.

Una altra idea gira al voltant de la temença que la medicació pugui provocar canvis en el cervell de manera que els transformi en una persona diferent i que no s'autoreconeguin pel fet que canviï la seva personalitat:

*"Jo em prenia el medicament en les dosis més altes, i em provocava un estat d'ànim artificial, notes coses diferents de tu mateix, no tenia la simptomatologia de tres mesos abans, però jo sabia que la depressió existia. Al cap d'un mes d'anar al psiquiatre, jo vaig deixar la medicació perquè em provocava un estat d'ànim anormal, era com si tot em rellisqués, podia estudiar, parlava, però em sentia diferent, tenia por de no reconèixer-me (...) inclús, la meua família comentava que no m'havia vist mai tan enraonador, ja que a casa sempre he sigut una persona molt callada, però no sé com explicar-ho. No tenia ganes de fer coses, no tenia projectes, no aspirava a res, jo és que crec que aquesta medicació, d'entrada, crea dependència, i a més no resol el problema, en realitat m'ho he de fer jo. Tot i deixant la medicació jo sabia que no estava curat i de fet, encara no ho estic". (F. F., 296.2)*

Si bé, un de cada tres casos, fa referència en el relat que l'estat d'ànim ha canviat cap a la indiferència afectiva, no sempre aquesta provoca que la persona deixi la medicació, com en el cas d'aquest informant. De totes maneres, el que és constant, davant de l'experiència d'aquests símptomes, és la por manifestada davant el fet de convertir-se en una persona diferent de la que era abans de la depressió.

Per altra banda, segons el que la persona cregui com a causa de la seva malaltia, donarà més o menys importància a la medicació com agent terapèutic. Les persones creuen, en un percentatge variable, en la influència de la medicació per a la cura de la malaltia. Tots estableixen un binomi medicament-altres variables, allò que varia és el pes de cada un d'ells. Per exemple: *el 80% ho fa la medicació, el 20% t'ho has de fer tu.*

En el cas de persones joves de nivell cultural alt i amb coneixements sobre els medicaments, aquests són utilitzats freqüentment com un mitjà de negociació entre el psiquiatre i el pacient; d'aquesta manera, s'estableix un conflicte entre el poder del metge, expressat a través de l'ordre de tractament o de la recepta, i la idea que la persona té sobre la medicació, bé sigui perquè la coneix, perquè l'ha utilitzat o perquè li han recomanat. Aquest conflicte sovint no és expressat de forma directa ja que la persona entrevistada creu que això té un cost personal o econòmic.

No podem oblidar que persones amb un nivell econòmic baix, el canvi o no de medicació està mediatitzat per la necessitat de la recepta; així té l'opció de prendre'l o no, però si el vol canviar per un altre, que ell sovint creu que li aniria millor, ho ha de negociar amb el metge. Aquest procés, a més a més, és bastant complicat, ja que no solament ha de demostrar que té coneixements sobre el tema, sinó que ha d'expressar la

seva petició de forma clara i, a més, fer-ho de manera que el metge no senti que han envaït el seu terreny. En aquest procés de negociació la persona tractada pot ajudar-se d'altres professionals del sistema per tal que intercedeixin per ell en la seva petició: una infermera en el cas del metge generalista, metge de capçalera en el cas del psiquiatre, però de totes maneres en la majoria dels casos es presenta com una batalla perduda:

*"Em va venir una pacient a demanar la medicació i li vaig preguntar si el dia anterior no havia anat al metge, em va dir que sí, però que no li havia fet el que volia perquè anava molt depressa; em va explicar que ella es prenia el medicament T... de quinze mil·ligrams i jo he anat varies vegades a explicar-li que a mi m'agradaria deixar la medicació, el metge m'ha dit que això no ho puc fer, jo vull que em recepti el T... de cinc mil·ligrams, ja que he intentat partir les càpsules i no he pogut, ell s'ha enfadat molt però jo penso que això seria millor per a mi." (Infermera)*

Si el malalt s'ho pot pagar, ell mateix se'l canvia, encara que sap que només pot suggerir el que ha fet en la propera visita, però no dir-ho directament, ja que pensa que si el metge es molesta li resultarà més difícil tornar-hi.

S'observa que per molt malament que estigui la persona tractada, poques vegades la família es fa càrrec de la medicació; així expliquen com l'ajuden a aixecar-se, li preparen el menjar, li ho fan tot, però la medicació la deixen al seu criteri, donant a entendre, potser, que per a ells aquest fet no és important. Solament en els casos en què hi han hagut antecedents de suïcidi per ingestió de fàrmacs, es controla aquest aspecte, però no tant per assegurar el tractament terapèutic sinó per evitar la seva ingestió massiva, cosa que els professionals els han avisat que podria succeir.

Una de les preocupacions expressades pels familiars és saber fins quan haurà de prendre la medicació el malalt, ja que pensen que són medicaments molt forts als quals el pacient s'hi pot acostumar i que a la llarga ja no els fa efecte; a més afegeixen, que si bé poden ser-li útils per a la depressió, poden afectar altres parts del cos, el fetge, el ronyó, etc... En els casos dels familiars de la mostra que diuen haver-se sentit depressius alguna vegada, mostren una gran resistència a tractar-se mèdicament, segons ells en observar l'efecte que la medicació havia tingut en els seus familiars.

Quasi tots afirmen que tenen el costum de llegir-se sistemàticament els prospectes dels medicaments i especifiquen que es deprimeixen encara més en assabentar-se de la quantitat d'efectes secundaris que tenen, plantejant-se sovint sinó serà pitjor el remei que la malaltia, cosa que fa que no se'ls prenguin o se'ls prenguin de manera esporàdica:

*"De tot el que em receptaven, en arribar a casa em llegia el prospecte i em passaven totes les contraindicacions que posava, que si calors, que si vòmits, que si la boca seca, a vegades me'n prenia una, a vegades dues i a vegades cap, però cada dia estava més malament, anava al metge, me'l canviava i feia igual, quan em cansava canviava de psiquiatre, un dia vaig arribar a prendre fins a deu pastilles, vaig arribar a anar a molts psiquiatres, però em sentia ficada en un pou i no me'n podia sortir". (A. A., 296.2)*

Alguns accepten que el fet de llegir els prospectes potser els ha suggestionat a l'hora de patir els efectes que han llegit. Expliquen que, sols en el cas de tenir molta confiança amb l'especialista, han estat capaços de no llegir els prospectes i prendre la medicació. Tots ells diuen haver-se sentit millor a partir d'aleshores (ho expliquen com un acte de

fe i confiança), com si en aquell moment haguessin decidit deixar la seva vida a mans dels professionals, pel fet que no podien seguir vivint de la mateixa manera.

Respecte als efectes secundaris dels medicaments antidepressius, alguns són comentats amb l'especialista o amb el metge de capçalera, com poden ser boca seca, molèsties a l'estómac, etc.; d'altres, però, consideren que formen part de l'àmbit privat i, per tant, no són compartits amb els professionals, encara que sí constitueixen un motiu per deixar el tractament, això passa sobretot, si és jove i amb una vida més o menys activa, com poden ser els trastorns relacionats amb l'esfera sexual, que sovint relaten al final de les entrevistes i que van des d'una disminució del desig sexual, fins a un problema de pèrdua de sensibilitat, potenciat pels antidepressius. Per un altre costat, es queixen que en els prospectes la majoria d'aquests trastorns no hi consten i difícilment els poden explicar als metges. La reacció davant d'aquests efectes és molt variada, des d'abandonar els medicaments fins a fer tots els jocs necessaris per reduir els efectes al màxim:

*"Jo sóc jove, i si he de sortir dos dies abans no em prenc la pastilla; fa poc que em vaig trobar que sortia amb una noia varies vegades i al final ella un dia se'm va insinuar, abans ja ho hagués fet jo! Bé, ara després d'aquesta experiència, intento solucionar-ho no prenent les pastilles si crec que es pot presentar l'ocasió. A més com que l'antidepressiu S... disminueix la seva sensibilitat de forma permanent, jo he après a utilitzar la "coca" i així sento molt més -afegeix-; és una de les coses que té aquesta història de la depressió, però al final aprens a muntar-t'ho". (J. C., 300.4)*

Les dones expliquen l'abandó dels antidepressius a causa dels efectes de disminució del desig sexual i com una manera d'evitar un conflicte en les relacions de parella, -ja de



*per si, a vegades bastant complicades a causa de la depressió-* o perquè creuen que la seva parella els pot abandonar davant de la negativa de mantenir relacions sexuals.

En el cas dels familiars, l'efecte secundari al qual fan més referència és a l'avis en l'augment del risc de suïcidi que posen els prospectes, doncs pensen que només faltaria que per solucionar el problema de la depressió, que en alguns casos no ho veuen com a massa important, la cosa es compliqués i fos pitjor el remei que la malaltia.

En referència al malestar que provoquen els efectes secundaris del medicament antidepressiu en les persones d'edat avançada, s'observa sovint que la persona malalta interpreta aquestes molèsties com un senyal, fet que la família vol enverinar-lo, creant-se molts conflictes familiars en relació a aquest aspecte, cosa per altra banda difícil d'acceptar per la família, ja que viu aquesta acusació com una agressió. També es constata que aquest medicament antidepressiu, quan va acompanyat d'altres medicaments receptats per tal de tractar altres trastorns -la diabetis, el reuma, la TA...-, que són molt freqüents en aquesta etapa de la vida, poden potenciar els efectes secundaris i augmentar considerablement el patiment.

Si bé els textos científics parlen que no és necessari tractar amb medicació tots els casos de depressió, s'observa que en la totalitat dels casos la persona és tractada com a mínim amb dos psicofàrmacs, habitualment un antidepressiu i un tranquil·litzant. Abans de proporcionar informació sobre els tractaments possibles, és aconsellable parlar sobre el pronòstic, de la malaltia sense tractament, el que s'anomena la seva evolució natural. Creiem que aquest és un tipus d'informació que no s'acostuma a proporcionar, a causa d'una actitud excessivament intervencionista, que no contempla l'abstenció terapèutica

com una possibilitat real. No obstant això, descriure el curs espontani de la malaltia depressiva proporcionaria la referència bàsica i imprescindible per tal d'avaluar els beneficis que pot proporcionar qualsevol dels tractaments possibles.

En relació a l'acompliment terapèutic dels antidepressius, hi influeixen una sèrie de factors que sobrepassen una perspectiva purament biològica, ja que formen part de l'univers cognitiu de la persona i el seu entorn i, per tant, no poden ser abordats sinó és considerant aquests aspectes, fruit de la vivència i de l'experiència personal i familiar.

### *N'hi ha de bons!*

Allò que s'espera dels professionals especialitzats en el camp de la Salut Mental, especialment dels/de les psiquiatres, aplicant als psicòlegs del sector públic el mateix model mèdic és que, a banda d'un diagnòstic i d'un tractament específic, cal que siguin uns *bons professionals*. En concret s'assenyalen una sèrie d'aspectes que configuren una imatge complexa d'allò que pensen els entrevistats del què és un bon professional especialitzat en psiquiatria que, a causa de les característiques dels trastorns emocionals o malalties psíquiques i per la seva especialització, han de ser diferents dels professionals d'altres camps de la medicina.

Vuit de cada deu persones de la mostra quan van a l'especialista en psiquiatria, no busquen un diagnòstic, ja que aquest diagnòstic en molts casos el fa prèviament el metge de capçalera, el servei d'urgències, el neuròleg, o ell mateix, pel contrari, busquen una resposta a la seva malaltia que, des del seu punt de vista, passa per dos aspectes

íntimament relacionats que són el tractament i la confiança guanyada a partir del diàleg amb el professional. S'assenyala de manera especial aquest segon aspecte com a decisiu a l'hora de vèncer el temor sobre els psicofàrmacs i que, per tant, determinen positivament o negativament la seva ingesta, així, la confiança fa vèncer els temors que es tenen sobre els antidepressius i fa més fàcil l'acompliment terapèutic.

Alguns pacients diuen haver hagut de vèncer la desconfiança que tenien prèviament en referència als psiquiatres, per idees prèvies a la malaltia, que expressen indirectament i en passat, i que diuen haver modificat a partir de l'experiència amb el tracte directe o reafirmant que anaven avalats per l'experiència positiva d'algú del seu entorn, que els havia assegurat que era un bon professional. Sota aquesta informació la persona dona a entendre que en el camp de la psiquiatria *-no tots són bons-* apuntant el factor sort i l'experiència d'algú del seu entorn com un dels elements importants a l'hora de trobar-ne un de bo. Cal destacar que aquestes idees les expressen amb un somriure i com si volguessin treure-li importància, mentre es justifiquen per haver-ho pensat.

Relacionat amb el punt anterior, apareix sovint la idea del plantejament de la pròpia estabilitat del metge psiquiatre. El malalt justifica la necessitat d'aquest fet per les característiques de la seva malaltia i per creure que és imprescindible per tal que sigui efectiu el tractament; en cas contrari, creu és pot confondre encara més i portar-lo a sentir-se pitjor:

*"Jo pensava, amb el confús que està el meu cap, si vaig amb un que no estigui bé encara podrà augmentar la meua confusió. És que, pobres, tenen una mala fama! Els altres metges són diferents, no sé com explicar-ho, a mi em feia por que no*

*m'entenguessin i que encara em fes trobar pitjor. Després quan ho coneixes, ja veus que és com si anessis a qualsevol altre metge, (...) o és que a lo millor en el meu cas he tingut molta sort".(E. G., 300.4)*

Apareixia també, com un fet diferencial la possibilitat d'error en el diagnòstic o el tractament per part d'un metge psiquiatre i d'un metge d'altres camps de la medicina. Així, doncs es creu que el metge com a ésser humà es pot equivocar, però que en altres camps de la medicina té tot un ventall de mitjans tècnics per al diagnòstic i, per tant, el pacient creu que això pot ajudar-lo en la seva feina; a més a més, afegeix que compta amb una experiència més llarga en els tractaments, com per exemple amb els antibiòtics; els antiinflamatoris, en els quals creu que hi ha unes pautes prèviament conegudes i establertes per a tothom -cada sis hores, vuit hores-. En canvi, l'afectat creu que en el camp de la psiquiatria, els tractaments són molt nous i se'n sap poca cosa i en conseqüència, hi han més possibilitats d'equivocar-se, perquè s'ha d'actuar pel mètode d'assaigs i errors, tot això indica que el factor humà del psiquiatre té una especial preponderància per al pacient.

Nogensmenys, el factor individual també és considerat més important en els trastorns afectius que en el cas d'altres malalties físiques; així, es pensa que cada persona reaccionarà de manera diferent davant el tractament establert i afegeixen, sovint, que el psiquiatre per poder curar-los, els ha de conèixer i d'entendre, i que no tothom, per molt psiquiatre que sigui, és capaç d'entendre a tothom, tot això s'utilitza com a justificació de l'èxit o no del tractament.

Les persones tenen una idea del que és un bon professional en psiquiatria, i busquen en el psiquiatre més enllà d'un coneixement especialitzat que no li qüestionen en cap cas;

d'altres característiques que fan referència a la capacitat d'establir una bona entesa; sentir-se entesos, és per a ells, tenir una bona capacitat d'escolta. La capacitat d'escolta la valora el malalt a partir de la quantitat de temps dedicat a ell, l'interès demostrat pels diferents aspectes de la seva vida, i amb l'observació dels signes de comunicació no verbal que reforcen l'actitud d'atenció :

*"Vaig passar al Dr. ... psiquiatre, jo parlava però ell no aprofundia en res, vaig anar-hi tres o quatre cops, però em donava la impressió que no li interessava el que li explicava. -Què vas notar?- Jo tenia tot el temps que volia però ell estava amb l'abric posat i es mirava de tant en tant el rellotge, jo crec que no es pot parlar amb una persona sols sobre la seva salut, un professional de la salut mental hauria de saber de tot, si no dona la impressió que tu estàs amb ell però ell està amb dos-cents més".(F. F., 296.2)*

En els casos dels afectats que diuen haver hagut d'anar a molts professionals abans de trobar-ne un que els sabés entendre, podem observar que la persona tractada espera del professional no sols haver pogut parlar dels seus símptomes, sinó tenir l'oportunitat d'explicar àmpliament la seva vida, potser perquè pensen que sense entendre i escoltar la seva vida no es pot entendre la seva malaltia. Alguns han assenyalat que, a més, algun professional ho ha fet d'una manera altruista, el que fa donar-li més valor, també s'observa que el professional va donar-li esperances de curació, tot i reconèixer que el seu cas era dels que estaven més malament:

*"Yo, sabe usted, había probado tantos tratamientos y había ido a tantos médicos que estaba como escarmentada,, después de haber hablado largo rato conmigo, cuando ya me iba, le pregunté, doctora, ¿de verdad cree usted que me curaré?, y ella me contestó, ¿nos jugamos algo?, luego le pregunté a mi marido, ¿tú crees que me habrá engañado?*

*Y él me contestó, no creo, no tiene ningún interés en engañarte si no te cobra nada (...) Fíjese usted con tantos médicos que había ido pagando y al final aquí me lo acertaron, a veces piensas que porqué vas pagando te lo van a hacer mejor (...) aquel día al ir a la farmacia que me había recetado saqué todos los prospectos i no me los leí, y mire que yo tengo manía de mirármelo todo! Pensé si me muero... pues que me muera...pero si es una enfermedad puede que me cure. Afegeix: De todas maneras de aquella manera no podía vivir". (J. J., 296.2)*

La persona de la mostra que és la que ha visitat més professionals, ens ho explica d'aquesta manera:

*"Era l'estiu, portava molt de temps malalta, tant el meu marit com la meva germana em van aconsellar que anés al xalet a passar l'estiu amb els nens, per veure si em distreia i em passaven les cabòries. Tenia un matí d'aquells tan negres, no em veia amb cor de portar els meus fills a la platja, quan estenia la roba al jardí va passar un veí que jo sabia que era metge, però no sabia quina especialitat tenia; com que em sentia culpable per tot el que feia vaig pensar que si no li deia res pensaria -mira aquesta que orgullosa!- i el vaig saludar, després de parlar un moment em va dir - miri jo a vostè la conec de fa temps i m'he fixat que li passa alguna cosa i no està bé -va afegir- jo és que tinc la costum per la meva professió de mirar les persones, això és com el sabater que sense donar-se'n compte mira les sabates de la gent -en un altre moment de l'entrevista, el informant explica que després es va assabentar que una amiga seva li havia demanat al metge que parlés amb ella- em va proposar que aquella tarda anés a casa seva a prendre cafè. Jo primer no sabia què fer, però al final vaig agafar tots els medicaments, doncs com que no sabia què dir, vaig pensar, almenys així que se'ls miri i no haver de parlar. Després de prendre cafè, em va fer parlar dues hores de tot, dels meus fills, de la meva infantesa, dels records d'abans de venir a Espanya, dels trasllats de pis, de tot; al final em va receptar un medicament i em va dir, per favor, quan vagi a la farmàcia no es llegeixi el prospecte, estripi'l allà mateix i se'n pren una al dia, els altres medicaments quan arribi a casa,, dret a les*

*escombraries, sembla mentida un medicament tan barat i l'efecte que em va fer! Jo me n'havia pres de molt cars, al cap de tres setmanes ja havia sortit del pou, encara vaig tardar un temps en posar-me bé , però em vaig començar a trobar millor".(A. A., 296.2)*

A l'inrevés també funciona:

*"Yo creo que me curaría si andara con un buen médico, pero no estoy en manos de uno bueno. -Afegeix el marit-, cuando X... le dijo que no se curaría esto la hundió<sup>30</sup>". (P. J., 300.4)*

Es reforça en aquest cas la idea de la importància simbòlica del psiquiatre, el pacient subratlla el fet que la medicació li fa efecte, malgrat que el fàrmac que li ha receptat sigui més antic, no vingui dels EEUU, se'n prengui menys quantitat i sigui més barat - característiques que *a priori* la persona considerava de provada eficàcia-; l'anterior reforça la idea que el medicament no ho és tot; que, a més, del medicament es necessita un bon professional que l'escolti i l'entengui, convertint-se el medicament solament en un objecte intermedi en la relació entre el malalt i el professional sanitari.

En aquestes persones és recolza la idea de (Illich, 1965) que malgrat que la ciència mèdica pugui estar interessada *a robar els amors i les penes*, és difícil entendre el patiment humà només des del punt de vista científic. La pena, el patiment, un símptoma confessat a una persona es converteix en pena, patiment i símptoma humà. Vist d'aquesta manera, qualsevol queixa formulada a un ésser humà, per més que aquest sigui un tècnic científic i estigui preocupat sobretot per la precisió, no és sols un signe,

---

<sup>30</sup> A la Història clínica hi figura una nota dient: "se comenta con la paciente que no existen otros medios para el tratamiento de la depresión".

un índex que permeti desemascarar el mecanisme i el lloc d'origen del trastorn, com un policia descobreix el culpable, sinó que és també, simplement, una confessió, i com a tal el professional l'ha d'escoltar i entendre el sentit del seu sofriment.

Si bé la present investigació està feta en l'àmbit d'una institució pública, un de cada cinc dels pacients han estat, o estan, en tractament en l'àmbit privat, especialment els que tenen més recursos econòmics i són joves; per un altre costat, alguns d'ells segueixen el tractament farmacològic al centre de salut mental alhora que estan tractats amb un psicòleg privat. També s'observa que hi han casos que abans d'anar al psiquiatre del sector públic, havien estat tractats per un psicòleg o psiquiatre privat, moltes vegades sense comunicar-ho al seu entorn, en un intent de mantenir els seus símptomes depressius dins de l'esfera del privat amb la creença que podran superar-ho sense arribar a la manifestació pública de la malaltia; en aquest cas, el fet d'anar al psiquiatre del sector públic ha coincidit amb el reconeixement de la malaltia com a fet social.

No obstant la confiança manifestada en el sector públic, especialment si el malalt creu que ha millorat, en el cas que la depressió es perllongui llarg temps la persona no pot menys que desitjar altres tractaments que ella s'imagina com a més especialitzats, més cars i més bons:

*"Un amic del meu marit, que la seva dona també havia patit de depressions, ja ens ho va dir, per això s'ha d'anar a Barcelona, aquí no us ho traureu mai. -I vostè, què pensa?-. Que nosaltres som treballadors i no ens ho podem permetre, però potser sí que té raó, allí els posen un "suero", aquí fan el que es pot però és clar això no es coneix". (M. C., 300.4)*



D'altres ja hi han anat però diuen, que tot i haver trobat millora, ho han hagut de deixar perquè els suposava un esforç econòmic que no podien assumir:

*"Íbamos a un hotel de Barcelona el fin de semana i venían unos psiquiatras de Madrid, le sacaban una gota de sangre de la oreja, la analizaban y le daban una dieta y unos medicamentos, fue la época que estuvo mejor, pero lo tuvimos que dejar porque nos costaba cincuenta mil pesetas el fin de semana y no lo podíamos aguantar". (J. P., 300.4)*

També es fa referència al concepte de llunyania, estenen aquesta a l'àmbit territorial de Lleida, Barcelona i Madrid, per a la creença que en aquestes ciutats hi han clíniques especialitzades en el tractament de la depressió. Si bé es parla dels EEUU com una nació on hi ha molts casos de depressió i fa més temps que es coneix la malaltia, no es pensa que allà sàpiguen com tractar-la, encara que creguin que els medicaments que en provenen siguin els millors.

En general es reconeix que, tot i ser una malaltia, la medicina en el seu conjunt hi dedica poca atenció. És poc investigada i poc coneguda, es creu que a les malalties físiques se'ls dona més importància, però es justifica dient que és normal perquè és una malaltia molt rara, que si no l'has passat no l'entens i, per tant, és difícil que es pugui prendre seriosament. Moltes vegades es posa per davant l'experiència personal d'un professional sanitari que ha experimentat la malaltia que els propis coneixements dels especialistes; així, el malalt es pot haver fet canviar el tractament perquè li ha recomanat un metge, una infermera o un farmacèutic que prèviament ha viscut una depressió.

Els familiars assenyalen com una forma d'identificar el bon professional en la mesura que aquest ha estat capaç de fer-se'l seu, de guanyar-se'l. Ampliant el concepte -de fer-se'l seu-, els familiars diuen que això ha estat així si la persona tractada surt de la consulta satisfeta, contenta i no posa impediments en prendre's la medicació, fa comentaris que el metge és simpàtic, amable, i s'ha interessat per molts aspectes de la seva vida. Segons la idea que tinguin de la persona assistida, els familiars posaran més èmfasi en el concepte de professionalitat. Així doncs, si creuen que el seu familiar és una persona de tracte difícil, entendran que tardí més temps en establir una bona entesa i tindran *a priori* més paciència davant les queixes del malalt. Si passat el temps que la família creu prudent, la persona se segueix queixant del professional el responsabilitzaran per no haver sabut guanyar-se'l a pesar de les dificultats, amb independència que segueixi anant-hi o no, ja que de vegades pensa que no té més opcions o perquè no té recursos econòmics o perquè ja està cansat d'anar d'un metge a l'altre.

Encara que la persona assistida vagi al CSM per la seva malaltia, segueix anant al metge de capçalera o a la infermera perquè li segueixi receptant la medicació prescrita o per altres processos de la seva salut: control de la TA, diabetis, refredats, etc. Aleshores, la confiança amb els psiquiatres també passarà per la consideració que d'ells en tinguin aquests professionals no especialistes, buscant un recolzament, sobretot, si no acaba d'estar segur que l'atenció que rep sigui l'adient o l'esforç que fa valgui la pena. S'observa que els professionals parlen sovint de la importància de la interrelació professional-sanitari i pacient i, de fet, cada vegada es té més cura en aquest aspecte de l'assistència, malgrat tot, sovint no es té en compte el conjunt d'interrelacions que s'estableixen amb altres professionals, familiars, acompanyants, fent del procés

terapèutic un procés molt parcialitzat, la qual cosa es fa especialment palès en els casos més *difícils* o *perduts* dels quals se'n parla molt però no hi ha una intervenció conjunta.

Quant al sexe dels psiquiatres, es pensa en general que les dones tenen més habilitats i paciència per escoltar i per entendre els malalts, en canvi els psiquiatres homes es creu que tenen més experiència en els tractaments farmacològics. Un dels problemes que pot sorgir és quan l'expectativa inicial no es correspon amb la realitat. *-Dejé de ir a la doctora porque era una persona muy seria, seca....y además no me acertó el tratamiento-*. En el cas que sigui un psiquiatre home el que els tracti ho diuen a l'inrevés: *-Dejé de ir al Dr. ... por que el tratamiento que le daba no le iba bien y además era una persona poco amable que siempre tenía prisa-*. Aquest aspecte s'ha pogut observar, en la present investigació, ja que en la primera etapa les persones eren visitades per psiquiatres del sexe masculí i, en canvi, en la segona etapa ho eren exclusivament per psiquiatres del sexe femení. Aquest aspecte també s'observa quan la persona fa referència a altres professionals de la medicina d'ambdós sexes: metges de capçalera, de família, neuròlegs, traumatòlegs, infermeres.

El psiquiatre més sovint que altres professionals de la medicina es troba amb la dificultat d'haver de traduir una queixa amb un diagnòstic i això és difícil des d'una perspectiva purament científica. Aquesta dificultat la reflexa aquest psiquiatre en el seu llibre sobre l'experiència depressiva:

*"Seguramente tengo algo", dice el paciente; y se toma al pie de la letra. Le interrogan sobre sus síntomas, procuran evitar toda subjetividad; se irritan si en sus respuestas hay una cierta imprecisión, un determinado empleo del lenguaje que deja entrever otra cosa (...). Si las respuestas del paciente filtran algo simbólico, imaginario, cualitativo*

*o metafórico, la subjetividad ha hecho irrupción en la mecánica de detallar síntomas y articularlos en enfermedades. Entonces se le hará saber enseguida que no se atiende a las reglas del juego, que no cumple debidamente su papel. Un dolor no debe sentirse demasiado vivamente, ni experimentarse con excesiva hondura, ni expresarse con demasiada riqueza, porque se volverá sospechoso y, en consecuencia, insignificante para una perspectiva meramente técnica". (Yves Prigent, 1982:109)*

Per tant, poder captar el patiment, escoltar la subjectivitat i el sentit de la queixa depressiva és un dels reptes més importants en l'atenció amb els pacients depressius i les seves famílies, independentment de quin sigui el seu rol professional.

Hem vist, que les persones atribueixen un *sentit* als seus propis desitjos, accions, experiències i motivacions i el professional sanitari en l'escolta ha d'aprendre a reconèixer, aquest sentit, en totes les seves modalitats, fins i tot en les que són des del seu punt de vista les més *irracional*s o incomprensibles segons els criteris de la psiquiatria científica, ja que és mitjançant aquest sentit que les persones manipulen les seves pròpies condicions de benestar i sofriment o de salut i malaltia. Tampoc es pot oblidar un fet que, per evident, de vegades no és considerat en la seva justa mesura: el professional és, al mateix temps, representant d'un saber tècnic i científic i participa del sentit comú o de l'ideològic del grup social al qual pertany. L'anterior significa que la pròpia ideologia del professional, el seu estil de treball i la manera de tractar les persones, estan guiats d'una banda pels seus propis coneixements científics, pels recursos de la institució en la qual s'emmarca la seva intervenció però, a més a més, també estan fortament influïts per les seves pròpies valoracions, opinions, prejudicis i postura ideològica, és a dir, per la seva pròpia concepció del món, la qual cosa no hauria de tenir una legitimació científica.

Creiem que el fet que els professionals sanitaris comparteixin amb els usuaris alguns models culturals i hàbits al marge dels seus coneixements científics, no implica lliurar-se d'ells posant-se la fita de l'escepticisme i neutralitat, sinó que seria més efectiu utilitzar les seves creences i pràctiques del sentit comú com a instruments de comprensió i de diàleg envers els problemes i les necessitats expressades a partir de la queixa depressiva de les persones i les dificultats de les seves famílies.

## FAMÍLIA I DEPRESSIÓ

La depressió és viscuda per l'entorn familiar de manera diferent quan el comportament que s'observa en el malalt és un canvi de comportament brusc, com pot ser quan una persona que és molt enraonadora deixa de parlar, quan una persona que és alegre esdevé trista, quan a una persona que és activa li costa de posar-se a fer les coses o no sap com fer-les, a més deixa de menjar, no dorm..., que quan aquest comportament s'instaura de mica en mica i es fa menys evident, deixa de banda les seves obligacions o les fa però no treu satisfacció del que fa, està trist però no plora, etc...

En el primer cas és més fàcil identificar la depressió com una malaltia, en el segon costa entendre que allò que els passa sigui un fenomen patològic i creuen els familiars que és una manifestació de tristesa habitual i que, per tant, no necessita ser tractada. En aquest darrer cas, el trastorn depressiu es presenta de forma "atípica", no es tradueix immediatament en l'aspecte de l'individu, tampoc segueix el cicle que s'espera i, per tant, no permet posar una etiqueta a la persona, creant distorsions entre la valoració del patiment per part de l'interessat, que es queixa de moltes molèsties, i la dels demés que observen pocs canvis; així doncs, segons el grau de consideració i comunicació que del malalt es tingui s'elaboraran uns criteris sobre la seva malaltia. En conseqüència la persona tractada es queixa que els demés, i especialment la seva família, no aprecien les seves dificultats de forma adequada, ben al contrari, jutgen la seva situació inadequadament. Aquest fet pren una especial rellevància quan el trastorn no es manifesta en totes les àrees de comportament, i els malalts fan un esforç per seguir realitzant les tasques malgrat el patiment que això els implica. No obstant es queixen

que aquest esforç no és valorat pels altres i en alguns casos fins i tot pot fer que en qüestionin la validesa de la seva malaltia. Comenten que quan es té una malaltia física si un dia els demés observen que els símptomes es presenten amb menys intensitat, les persones de l'entorn no dubten que aquella afecció existeixi, en contra en el cas de la depressió aquesta milloria en els símptomes serveix sovint per qüestionar el procés morbós.

També la consideració que es té d'una persona, prèvia a la malaltia, i la seva capacitat de sortir-se'n, si pogués, per ella mateixa, prenent com a mida indirecta l'experiència de fets anteriors en els quals ha actuat de manera efectiva, constituirà un element de referència en el moment de valorar el procés depressiu en l'entorn familiar.

L'observació i registre dels diferents relats en què les famílies expliquen les seves experiències en relació al seu familiar depressiu i de com veuen ells la malaltia i el procés de l'assistència va portar a organitzar les "vivències" expressades a partir de tres models diferents, cadascun dels quals comporta una modificació determinada de la dinàmica familiar. Aquests models s'estructuren en base a tres paràmetres: la duració de la malaltia i l'evidència dels símptomes, el cicle evolutiu de la persona i de la família, i en darrer lloc, per la consideració prèvia que es té de la persona malalta. Cadascun d'aquests models comporta una forma diferent d'entendre la situació i de valorar l'evolució i el tractament del procés depressiu i, per tant, comportarà una manera diferent d'adaptar-se a la situació familiar que la malaltia planteja.

## Model A

La depressió, com quelcom que es presenta en un moment de la vida d'una persona i d'una família, es tracta i evoluciona favorablement, amb independència de quina sigui la gravetat de la malaltia i el diagnòstic mèdic del tipus de depressió. En aquest cas, l'afectació familiar seguiria un model semblant al presentat en altres malalties agudes, on hi ha una modificació temporal de la dinàmica familiar, però els rols i relacions familiars normals es restableixen després de la malaltia. Una persona o varies són les encarregades de tenir cura de la persona depressiva modificant els seus rols de forma esporàdica i puntual.

S'observa en el discurs dels familiars que s'adeqüen a aquest model, un intent d'explicar al llarg de l'entrevista que han entès que canviar l'estat d'ànim del pacient és una tasca impossible, per tant expliquen que davant de la queixa continuada intenten desviar la conversa cap a temes que el puguin distreure, facilitant i acceptant la fredor en la comunicació com un fet necessari per no trencar-la, ja que mantenint-la deien que es facilitava que els rols familiars no es modifiquessin de forma permanent; afegixen que han hagut d'aprendre a acceptar tots aquells aspectes de la malaltia que els resultaven molestos, la immobilitat, la dificultat per fer les coses, no donar-hi importància i esperar que es millori del seu procés.

Per la seva part, la persona tractada explica sentir-se habitualment ben atesa materialment i afectiva, té les conseqüències de la malaltia molt presents i es veu a si mateixa com una persona que, el fet de necessitar les cures dels altres, comporta una



pèrdua de les qualitats que representa com a persona. En el seu discurs mostra preocupació per les molèsties que ocasiona al seu entorn, alhora que diu procurar molestar i alterar el menys possible la vida dels altres (sortint a passejar encara que no en tingui ganes, aixecant-se del llit perquè els demés creguin que està millor, obligant-se a realitzar les tasques diàries) i que la persona manifesta que en cas de no sentir-se millorar desitja morir-se:

*"Es que jo pensava, si així no puc viure almenys pogués morir-me, Déu meu! pateixo i faig patir als altres. Jo no sé si desitjava morir-me però lo que tenia clar és que d'aquella manera tampoc no podia viure. La meva filla va venir a ajudar-me uns dies mentre estava tan malament, a mi em feia patir perquè ella ha de continuar la seva vida." (P. J., 300.4)*

S'observa que, segons aquest model, les representacions freqüents de la malaltia per part dels familiars i de la persona tractada, impliquen veure-la com un problema que s'ha d'acceptar, s'ha d'intervenir i s'ha de resoldre; aquí la malaltia és vista com un enemic a vèncer i que únicament es pot vèncer, segons ells, amb l'aliança família-pacient-professionals, i evitant que els demés interfereixin en el procés, en el sentit ampli del terme, en contra del "mal". En aquest model no es plantegen tant les causes que han portat a la depressió, tot i donar-se'n per suposades, sinó la recerca de les solucions que segons el familiar passa per la mobilització dels ajuts necessaris; es dóna, també, importància a l'acompliment en la pauta de tractament farmacològic, pautes de conducta a seguir, tenir paciència i esperar l'evolució positiva. Les persones de l'entorn del malalt i, especialment, els familiars menys implicats en tenir cura d'ells, es mantenen al marge de les relacions i els ajuden sense implicar-se excessivament en el procés depressiu.

En explicar la seva experiència en el tracte amb el familiar depressiu sovint comparen la malaltia depressiva amb d'altres que han patit o han cuidat al llarg de la seva vida i expliquen que no són tan diferents i que els mateixos mecanismes que han utilitzat en aquell moment i els han estat útils en el cuidatge són els que han utilitzat per fer front a la malaltia actual, afegeixen, tot i que sigui una malaltia del "cap".

En les famílies que s'adeqüen a aquest model, s'observa que la malaltia és diagnosticada, que la família accepta el diagnòstic i actua davant del patiment com ho han fet davant d'altres malalties, no sentint-se causa del problema sinó un aliat en contra del mateix. Un exemple el tenim en aquesta explicació:

*"Quan al meu marit li van diagnosticar una depressió jo em vaig trobar molt sola, ja que nosaltres no tenim fills, i al principi estava desorientada, el rondinava i m'enfadava, però després vaig veure que "allò" era una malaltia que havíem de vèncer, això ho guanyarem, em deia, cada dia, el metge a més del tractament em donava unes pautes per seguir, m'ensenyava com enfocar-li els problemes econòmics que teníem en aquell moment i de quina manera podia ajudar-lo, en certa manera també em vaig posar jo com si fos una malalta. Feia un diari de les coses que passaven cada dia i ell, el psiquiatra, em donava les pautes a seguir, d'aquesta manera ens n'estem sortint, amb això i amb l'ajut de la química".-El seu marit fa quatre anys que està tractat per depressió-. (Esposa pacient 300.4)*

En aquest cas veiem, que si bé en un principi el temps de duració de la malaltia pot ser un element a considerar en el pas d'un model a l'altre, no sempre és així, ja que en el mateix temps de duració es pot observar la vivència de la malaltia segons diferents models.

Es dóna especial importància al suport entre el professional i el familiar esdevenint aquest familiar un element que facilita la comunicació entre l'equip assistencial i la persona tractada. L'actitud de la família és de comprensió envers el fet que està malalt, sense entrar ni en la compassió ni en la sobreprotecció, es procura que el familiar depressiu no se senti més estimat ni més aviciat que abans. S'observa, un cert equilibri entre l'acceptació de la malaltia, la comprensió envers el malalt, i el tracte afectuós sense caure en l'afalagament ni en la sobreprotecció.

Aquest model s'acosta al referent teòric del que, segons els professionals, és la manera de tractar la malaltia depressiva, a la vegada que està d'acord amb les recomanacions que es donen en els diferents manuals sobre aquesta malaltia. De totes maneres, aquest model és minoritari en els casos de la mostra, donant-se solament en una de cada deu de les famílies tractades. Aquest model es fa avinent en els casos en què s'estableix un bon suport relacional entre la família, la persona i els professionals, alhora que en el relat de la persona i la família es veu un esforç per evitar que la malaltia es cronifiqui, a pesar de tenir alguns elements que semblen facilitar-ho.

## Model B

La depressió es diagnostica en un moment determinat de la vida d'una persona i d'una família però dura en la mateixa un llarg període de temps, ja sigui perquè la simptomatologia sigui difícil de controlar, ja sigui perquè la persona o la família entén

la depressió com un fet immodificable, bé perquè confongui la causa amb la conseqüència, bé perquè no li donin importància. En aquest cas, la depressió serà viscuda com un fet conjuntural que modificarà de forma permanent la dinàmica familiar.

És en aquest model on s'observa en el relat una major tensió entre la persona tractada i el seu entorn familiar, creant-se freqüents conflictes entre els uns i els altres. Els familiars de manera directa o indirecta, responsabilitzen la persona tractada de la seva malaltia, sovint la volen convèncer que no hi ha cap motiu d'estar malalta i que la malaltia se la "fa" ella; com a conseqüència, responsabilitzen de manera indirecta la persona de la seva curació, alhora que no es dóna importància al tractament farmacològic per part de la família, deixant el seu acompliment segons criteri de la persona tractada. Així s'explica que a pesar d'haver de fer-ho tot, obvien fer-se càrrec de la vigilància de la medicació.

La persona tractada diu estar convençuda d'una manca de comprensió de la seva situació per part de la gent del seu entorn; i els acusa de jutjar-lo injustament davant aquesta situació, o la seva sospita, explica els esforços realitzats per tal d'evitar el contacte amb els familiars que qüestionen el seu sofriment i centra les seves relacions amb les persones que li han demostrat més comprensió. Són expressions comunes en aquestes famílies durant les entrevistes -*"Però de què et queixes si tens els mateixos problemes que jo i a més t'he de cuidar,-* o d'altres -*com és que estàs deprimida si ara la teva situació és millor que abans?"* -. Independentment que el pacient estigués present o no a l'entrevista.

El discurs familiar que preval en aquest model gira entorn a les dificultats d'adaptació, als canvis constants d'estat d'ànim de la persona tractada, cosa que dificulta segons ells poder establir amb en certa tranquil·litat plans a mig o llarg termini; per exemple, el marit ho expressa dient: *-Si los compañeros de trabajo me proponen hacer una fiesta con la familia yo nunca me comprometo, pues no sé como estará ella aquel día-*. O una filla diu recordar que quan anava a l'escola, en el trajecte del centre a casa seva sempre tenia al pensament com trobaria aquell dia la seva mare. Si bé els manuals de psiquiatria parlen dels trastorns de l'estat d'ànim com a permanents, en canvi els familiars en aquest model n'assenyalen les fluctuacions com el fet més problemàtic. Sovint la parella de la persona tractada té la sensació que la malaltia porta al seu familiar a posar-se en contra d'ell, i s'observa que en sentir-se implicat amb la simptomatologia, sovint nega la seva evidència i no l'acompanya al metge, potser en un intent de protegir-se ell mateix:

*"Jo definiria la depressió com un siroco, com un vent molt negre que quan t'agafa et donen venades, el dia que ella té el siroco no es pot aguantar (...) això que li passa es imprevisible, l'altre dia al sofà la mare i el pare estaven contents i bé, fins i tot es feien petons, i jo estava "al·lucinant per un tubo" però el pare no sé que va dir i ella ja va començar a plorar i a dir que ningú l'estimava, ella per tot s'enfada. El més "fotut" és que no saps mai de quin tema parlar, ni quines coses dir-li, doncs diguis el que diguis tot la fa sentir malament, ara li ha agafat pel meu germà i tot el dia diu que no l'estima, si li fa un petó quan arriba a casa, perquè li fa, i sinó pitjor, aquesta malaltia els porta a posar-se amb la gent del seu costat". (Filla pacient 296.2)*

En aquest model es parla de depressió com a malaltia però es fa referència en el relat a les "manies" o "nervis", sense poder diferenciar clarament el comportament que es deu

a la malaltia o aquests altres aspectes que el familiar creu que formen part de la manera de ser i, per tant, no es poden controlar.

La duració del procés depressiu es manté en base a tres supòsits compartits pels cuidadors principals, la persona i, de vegades, també pels professionals que el tracten, que es poden donar conjuntament amb més o menys predominància d'un sobre l'altre, però que utilitza la família per explicar una depressió de llarga durada:

### *Feblesa emocional*

El familiar creu que la persona tractada no pot vèncer la malaltia perquè està poc preparada per a la vida, ja sigui per què aquesta ha tingut fins al moment una vida massa fàcil, ha estat massa mimada, o té una personalitat dèbil. Aquí la depressió és vista per la família com un fet que fa trontollar un edifici que estava mal construït de per si i, per tant, difícilment podria aguantar les conseqüències d'un terratrèmol, donant a entendre les dificultats per enfrontar-s'hi i justificant la irreversibilitat del procés. Són expressions comunes en aquestes famílies:... *els seus pares l'han tingut massa mimada...*, *de sempre ha sigut una mica bleda...*, *per tot es fa un embolic...*, *de sempre que s'ha ofegat amb un got d'aigua...*, *potser és perquè ha sigut fill/a únic/a...*, un bon exemple el tenim en aquest cas:

*"Tot li va venir quan va néixer el segon fill, després de néixer es va espantar perquè li van venir complicacions i després de set mesos del part es va anant enfonsant, no tenia ganes de fer res, no sortia de casa, jo li havia de fer tot -depressió post-part amb episodis recurrents des d'aleshores-. Jo penso, que tot li va passar per estar*

*massa mimada pels seus pares, mai s'havia preocupat per res, a més, és una persona que té poc pes i està fluïda de la sang i clar, això ha fet que la cosa se li compliqués al llarg de tants anys (...) Jo també tinc els meus problemes, doncs sóc diabètic, però estic més acostumat a sortir-me'n, quan m'agafen manies dono una volta pel bosc i intento distreure'm mirant els arbres, ella és que ho ha tingut sempre massa fàcil, jo mateix durant molts anys li feia quasi tot". (Marit pacient 300.4)*

De vegades s'ajunta l'expressió de la feblesa emocional amb la feblesa física, especialment es fa referència al cansament, a la debilitat de la sang, a la tensió arterial baixa...com elements que juntament amb l'anterior en faciliten el procés, alhora que en dificulten la seva recuperació.

En la mostra també s'observen famílies en què es planteja aquesta feblesa emocional com un cas especial; és quan el familiar ho planteja justament al contrari i diu que la persona, en principi, és molt forta però s'exigeix massa a si mateix i als altres, doncs ho vol tot perfecte i això fa que la persona no pugui aguantar la seva pròpia exigència ni fer front a la depressió.

### *Poca força de voluntat*

El familiar creu que la persona està deprimida perquè ha perdut les ganes de lluitar o no té força per fer-ho, ja sigui perquè no té els coneixements necessaris o perquè ha esdevingut dèbil a causa de la forta pressió de l'entorn o a causes diverses, com poden ser, per exemple, dificultats d'adaptació, el procés d'envelliment, la separació dels fills o altres. Subratllen, a més, el fet que no té cap causa, des del seu punt de vista, per trobar-

se d'aquella manera i, per tant, pensen que si volgués se'n podria sortir amb més facilitat. Habitualment s'acompanya aquest relat amb l'explicació d'altres situacions en què la persona havia estat molt més forta i havia superat les dificultats. Són expressions comunes en aquestes famílies: *-“jo en vaig tenir una i me'n vaig sortir..., t'ho has de fer tu...,has de posar de la teva part..., no tens força de voluntat..., li falten cultura, coneixements..., jo ja ho he superat i si jo he pogut, ell/a també...”*

Sovint explica el familiar entrevistat que ell també ha passat per una depressió o ha experimentat sentiments depressius i ho ha superat sense necessitat d'ajut; conclou que si ell/a ha pogut i l'altre no, és que li falten coneixements, voluntat o ambdós com explica la mare d'aquesta malalta depressiva amb la pacient present també a l'entrevista:

*“Jo sé que això que li passa és una malaltia, però, no obstant, si volgués sortir-se'n, ho aconseguiria(...) Jo ho dic perquè també, vaig agafar manies fa dotze anys quan es va morir la meva sogra, però jo m'obligava a sortir i al final se'm va passar(...) Jo en aquella època vaig passar una temporada molt dolenta, havia de cuidar a la sogra amb Demència Senil i fer les coses de la casa; però ella no té cap preocupació, el marit bé, els fills també, si tingués més força de voluntat se'n podria sortir(...) jo li aconsello que vagi a Lourdes a acompanyar malalts, no perquè anant allí es curi, sinó perquè a lo millor veient tanta gent que està pitjor que ella, es conforma i li passa la malaltia (...) Ella quan tenia vuit anys va ser capaç de sortir-se d'una poliomefritis quan tot els metges deien que es quedaria invàlida per a tota la vida o es moriria; els metges de B... encara no es creuen com ha pogut quedar també, en canvi, les altres nenes que estaven amb ella a l'hospital algunes van morir i d'altres pràcticament no caminen”*  
*.(Mare pacient 300.4)*



Una consideració especial per part dels familiars seria en el cas de depressió per la pèrdua d'un fill, o d'altres fets exteriors que els familiars creuen que justifiquen la depressió, pèrdua d'un treball, malaltia..., aquí la força de voluntat estaria en relació al temps de durada de la malaltia. El familiar accepta en un començament que hi ha un fet que la desencadena, que la provoca, però en la mesura que aquesta no evoluciona el familiar va canviant el concepte i creu que a més a més del fet inicial desencadenant, hi ha una manca de voluntat de la persona en voler afrontar la situació i per tant, curar-se, a més es queixen els familiars que les circumstàncies per les quals està deprimida els ha afectat a ells de la mateixa manera i per tant, si ells no estan amb depressió l'explicació que hi donen és que el pacient és més feble o no fa els esforços necessaris.

### *Domini del seu entorn*

Aquestes famílies expressen que la depressió es manté com una forma que té la persona malalta de controlar el seu entorn; aquest concepte es pot expressar obertament o freqüentment s'insinua a partir dels comentaris dels altres familiars més o menys implicats, encara que també es pot expressar com una opinió avalada pels professionals, sovint el metge de capçalera.

Aquí el familiar es veu com una víctima, més o menys voluntària, de la persona afectada. Són frases comunes en aquestes famílies: "*ballem tots al son que toca ell/a..., se n'aprofita de mi..., em pren el pèl..., em té massa vist..., necessitaria algú que la fes creure...*"

S'observa que en posar la força de la recuperació en la persona tractada, la família no considera important el tractament farmacològic; així, sovint expliquen com a pesar de

fer-ho tot per estar molt malament, de la medicació és de l'únic que no s'han de fer càrrec.

*"Cuando se pone enferma, me llama por teléfono o coge el taxi y se baja a mi casa, entonces se mete en la cama y yo se lo hago todo, nena trae esto, nena trae lo otro (...), la última vez, cuando estuvo tan enferma hasta el médico de cabecera vino a casa y cuando me vio con aquella cara le dijo a mi madre: -pero A... ¿no ve que va a matar a su hija?-, me adelgacé cuatro kilos, era tan exigente conmigo que no me dejaba dormir por la noche ya que durante el día no se levanta de la cama y luego por la noche no puede dormir(...); mis hermanos, la mayoría de las veces que ella está con la depresión ni se enteran, pero cuando lo hacen, me dicen que la culpa de que mi madre esté así, la tengo yo, que me toma el pelo y que me va a matar. -I tu qué piensas?- A veces pienso que sí, que tienen razón, pero yo ya me conformo, porque si no le hago caso se pone peor de la depresión, luego sufro más, además si le pasara algo no me lo perdonaría". - La informant es posa a plorar-. (Filla pacient 300.4)*

Veiem en aquest cas que per donar força al relat fa referència a un professional que també està d'acord amb la seva opinió i amb la creença que les exigències en relació al cuidatge són exagerades. Malgrat tot, en cap moment vol intentar modificar-ho, doncs el familiar et diu que encara serà pitjor el remei que la malaltia i argumenta l'obligació moral i el sentiment de culpabilitat per continuar mantenint les seves cures.

En aquest model familiar també es pot observar una relació entre altres conflictes familiars i la depressió, com ara la beguda excessiva del marit i la depressió de la mare; aquests fets són observats per tots els membres de la família, però és acceptat com un fet inevitable i així la depressió tindria la funció de regular el problema:

*"Miri, li parlaré clar, si he vingut aquí no és per fer una cosa per l'altra, jo sóc un alcohòlic, però no un borratxo, bec diàriament des de sempre, des que tinc ús de raó, però des de la malaltia de la meva dona bec molt menys que abans, he hagut de canviar, no sé com explicar-li-ho, m'he tornat més dòcil -Ho diu més aviat amoïnat i sense cap satisfacció- Ara no tinc ni temps per beure, abans la meva dona estava a la botiga moltes hores i jo m'encarregava d'anar als majoristes a comprar, m'estava amb ells i em prenia una cervesa tranquil·lament. -L'esposa d'aquest informant està tractada per depressió major i quan vam parlar amb ella per veure si el seu marit podia venir a fer una entrevista, ens va dir textualment: Sí, que vingui a parlar amb vosaltres a veure si l'espanteu una mica, perquè ara no torna a fer tanta bondat com abans"-.* (Marit Pacient 296.2)

Un fet curiós és que en els quatre casos de la mostra en què es fa palesa aquesta problemàtica es pot observar algun nivell de modificació de l'alcoholisme a partir de la depressió de la parella, fins i tot en els casos en que la dinàmica general estava molt alterada:

*"Desde siempre en casa ha habido muy mala relación, mi padre bebe mucho y es de carácter muy violento, de pequeños nos daban muchas palizas, a mi madre también le había pegado mucho, algunas veces lo había denunciado, pero a la hora de la verdad siempre había retirado las denuncias, ahora desde la depresión no la pega, aunque si que la grita, no se hace cargo de la situación, pero las agresiones se han reducido".* (Filla Pacient 300.4)

Un altre cas de domini de l'entorn és quan el familiar planteja la malaltia com un procés que permet allargar una fase del cicle evolutiu, especialment retardant l'emancipació d'un dels fills/es que encara viuen amb els pares a pesar de l'edat avançada o el retard en la incorporació d'un dels avis a la llar familiar, normalment els sogres:

*"Jo penso que ella, una de les coses que fa que tingui aquesta malaltia són els problemes que li dona la nostra filla, ella té vint-i-dos anys i té més ganes de sortir que no pas quedar-se a casa estudiant, ara va a la universitat, però té de tot menys ganes de tirar endavant la seva carrera, l'altre dia mateix vaig sentir que li deia, -si estudiessis més i sortissis menys, jo no tindria que prendre tantes pastilles -, de totes maneres penso que no hauria d'estar malalta per això, jo m'ho prenc d'una altra manera i si no vol estudiar que es posi a treballar, però que no ens prengui el pèl d'aquesta manera". (Marit Pacient 300.4)*

En la mostra estudiada la mitjana de duració de la malaltia en aquests casos seria de vuit anys de tractament. Aquest model és el que presenta una major tensió emocional entre la persona malalta i el seu entorn familiar, a causa de la responsabilització que el familiar fa de la conducta del malalt, diu que no fa tots els possibles com per superar la situació de malaltia i tanmateix el malalt creu que els demés no entenen el seu patiment.

És comú que s'observin comentaris crítics referits a les conductes inadequades de la persona malalta, fetes sovint amb un to agressiu o despectiu, sobre tot davant els símptomes de la malaltia que consideren més molestos com: la manca d'iniciativa, la poca comunicació, la immobilitat o dificultat per fer les coses habituals, el familiar creu que el rebuig d'aquestes conductes estimularà la persona malalta cap a l'acció.

També s'observa en aquest model una gran sobreimplicació emocional sigui aquesta per l'expressió d'afectes positius o sovint negatius, els familiars creuen que la situació els esta superant mostrant conductes que van d'una desmesurada preocupació fins al rebuig, l'abandó, en un intent de fer-lo reaccionar. El model B és el més freqüent en la mostra estudiada, de fet es dona en set de cada deu famílies tractades i es fa palesa la necessitat

d'una intervenció familiar per evitar la problemàtica associada a la depressió i disminuir les tensions de l'entorn.

## Model C

És remarca en la narració dels fets el caràcter funcional que la depressió té per a la família. En aquest model, s'observa que la depressió és un element que ha estat present amb més o menys intensitat en totes les fases del cicle familiar, fins i tot abans de la formació de la família; així veiem com els rols i les relacions s'han estructurat en base a la depressió, comportant-se com un element estructural dins de l'organització familiar, de tal manera que solament es podria parlar de la família sense depressió a un nivell hipotètic o imaginari:

*“Jo a la meua mare sempre l'he vista malalta, ha anat a molts psiquiatres, -ensenya diferents documents on consta que la seva mare té un procés depressiu 300.4- La mare era molt forta, ella sola va tirar endavant la seva família, però quan jo era petita li va néixer morta una filla i va tenir una trombosi, després va estar dos anys bé, però va explotar i va caure en un procés depressiu. Jo era petita, no entenia que allò que li passava era una malaltia i patia molt, la meua mare era una persona que d'aquí a aquí et tenia odi, en sec t'estimava amb bogeria(...), clar el meu pare tenia una filla que cuidar, havia de treballar, havia de fer les feines de la casa, jo quan vaig ser més gran en la mida del possible també havia de fer-ho(...). És un peix que es mossega la cua, tenia un cop de geni i aleshores la meua mare es posava pitjor, quan arribava el pare i la veia tant malament em renyava a mi, és una malaltia que no*

*solament afecta a la persona sinó també a la família, és com viure amb una família que està coixa". (Filla Pacient 300.4)*

Veiem en el cas d'aquesta informant un dels aspectes observats també en altres famílies, i és que a pesar de la durada de la malaltia no es qüestiona el diagnòstic per part del cuidador/rs principals; ben al contrari, els familiars, al llarg de l'entrevista, expliquen detalladament haver anat a diferents especialistes i t'ensenyen els papers amb el diagnòstic de depressió, normalment de diferents professionals; fins i tot et fan notar que alguns d'ells són de reconegut prestigi, donant a entendre que, per tant, no poden estar equivocats en el diagnòstic i que la depressió ha de ser suficientment important ja que no han pogut curar-la ni els millors professionals

Es remarca que abans de la depressió la persona sempre havia estat molt valenta i havia superat moltes dificultats. El passat és per a ells un element important a l'hora de proporcionar credibilitat al discurs i que creu el familiar que la malaltia actual li podria restar.

El discurs familiar se centra en relació a les dificultats d'adaptació que ha comportat conviure amb una persona depressiva, no tant com a dificultats diàries sinó com a sobrecàrrega emocional o de tasques al llarg del cicle evolutiu, especialment quan els fills són petits; sovint s'apunta la possibilitat que la depressió hagi estat hereditària, expressant que algun membre de la seva família, el pare o la mare, ja havia tingut comportaments estranys, però en aquell moment la malaltia no es coneixia ni era diagnosticada.

En aquest model els rols i les relacions familiars de la persona s'estructuren en base a la malaltia mantenint-se permanents i el discurs gira entorn a l'acceptació d'un fet que es veu inevitable. Les tensions familiars que narren no les expliquen a partir de la persona tractada, ja que aquesta no es considera responsable de la seva situació, sinó que provenen dels demés, especialment dels que viuen fora de l'entorn familiar, els quals no comprenen que un procés depressiu pugui allargar-se tant i en poden fer responsables els cuidador/rs principals o els professionals que no han sabut intervenir d'una manera adient.

Els familiars expressen una certa resignació davant la malaltia que els ha tocat cuidar i posen l'accent en l'amor, la paciència, l'acceptació del seu familiar, ja que creuen que és el millor per mantenir l'equilibri familiar, alhora que es posa l'èmfasi en el fet que la malaltia ha permès unir encara més la família a pesar de les dificultats diàries. Si bé les tensions familiars no són freqüents, ja que com hem dit s'accepta la malaltia, i es té cura del malalt/a amb resignació, s'observa un cert grau de frustració per part del/s cuidador/rs principals i que pot derivar a altres membres de la família, especialment als fills, sobretot si aquests són grans i qüestionen la forma d'actuar de la malalta o creuen que no es fan càrrec de la situació. De vegades em plantejava, en observar la conducta del relat d'una parella d'una pacient depressiva, segons aquest model, si la frustració que li generava la convivència amb aquest familiar, que ell/ella és dedicava a cuidar i protegir no es manifestava amb un augment de l'agressivitat envers els fills/filles; així, t'expliquen com se'ls pressiona perquè es facin càrrec de la mare, l'acompanyin, no es barallin amb ella, etc.

Els familiars presents a l'entrevista són "especialistes" de la malaltia i expliquen amb un discurs molt elaborat el que fan i el que no fan, així com els consells que donen a altres persones del seu entorn que viuen situacions semblants a les seves. Diuen també que és millor patir aquesta malaltia que una altra que pot ser més greu -afegeixen- com pot ser un càncer o d'altres en què a la persona li pot perillar la vida.

Remarquen al llarg de l'entrevista que creuen tenir una família que és capaç d'unir-se malgrat les dificultats i potser també a causa d'elles i que aquesta unió creuen que ha estat el que els ha fet tirar endavant; també s'observa que, a la vegada, que se subratlla la unió familiar, s'explica l'aïllament que es produeix en les relacions socials tant per part dels fills com de la parella, evitant parlar als altres de la seva situació, perquè els veuen incapaços d'entendre-ho, mantenint tan sols relació amb les persones que ajuden a tenir cura de la persona tractada o relacionades amb la malaltia depressiva.

En el model s'observa una especial tensió familiar quan els fills es fan grans i comencen a incorporar a la família nous membres, creant-se eventualment un conflicte, entre les demandes d'atenció d'aquest nou membre i les de la família d'origen, que amb el temps torna a equilibrar-se. Els recents incorporats sovint qüestionen la validesa de la malaltia depressiva o la forma com en tenen cura, però al cap del temps ho accepten com un fet immodificable:

*"El meu noví, al principi no ho entenia, volia que anéssim a viure a un pis que tenim a... deia que la meua mare encara estaria millor sense nosaltres, però ara que fa temps que viu a casa ja ho va entenent i accepta que tan sols els caps de setmana que es troba millor puguem anar a viure al nostre pis, ell és molt bo, m'ha ajudat molt, però*



*clar, aquestes coses costen d'entendre, amb el temps ho veus d'una altra manera".  
(Filla Pacient 296.2)*

Com que la depressió en base a aquest model és de llarga durada les relacions que es poden establir entre els familiars i els professionals, solen generar conflictes en el procés assistencial tant per a la persona tractada com en relació amb els familiars; així, uns i altres semblen partir de discursos no massa diferents en relació al guió bàsic de la pel·lícula però en canvien el "culpable", de tal manera que uns responsabilitzen la família de la durada de la depressió i els altres l'equip sanitari.

En parlar amb els professionals s'observa una certa resistència a veure la depressió com una malaltia que es va cronificant, perquè no tots en aquest cas admeten la qualificació de depressió. Tenint en compte la realitat de les famílies de la mostra, totes elles diagnosticades i tractades per depressió, es veu clarament aquest caràcter crònic de la majoria de les depressions, amb una mitjana de tractament de vuit anys, quan la depressió s'allarga, s'identifica una major tensió entre els professionals i les famílies de la persona tractada, especialment si els uns i els altres pensen que no estan fent el més adequat, un professional ho explica d'aquesta manera:

*"És molt fàcil caure en el mecanisme de la dependència, ja que són persones que en un principi fan llàstima, si les famílies cauen en aquesta dependència estan perdudes, aleshores els psicofàrmacs no li fan efecte perquè no hi ha una voluntat de canviar la seva vida. Sovint la família cau en aquest parany per un excés d'amor, comprensió i paciència i aleshores és molt difícil que es modifiqui la depressió. S'ha de tenir en compte que la depressió és una malaltia i com a tal es cura si es tracta bé, si dura molts anys és que no està ben tractada i moltes vegades la responsabilitat és de la família". (Psiquiatra)*

En aquest model es remarca en la narració dels fets el caràcter funcional que la depressió té per a la família. No existeix tensió directa entre el familiar i el pacient; però sí amb els professionals, sovint les entrevistes se centren en la crítica més o menys directa de la seva intervenció professional, alhora que els professionals també creuen que la família és una família perduda. Aquest model és present a dues de cada deu famílies tractades.

Aquests conceptes culturals a les famílies prevalen sobre els conceptes científics i tècnics. S'observa que tot i tenir coneixements tècnics de la malaltia, alguns fins i tot procedents de família de professionals sanitaris, el discurs en el fons no és massa diferent sinó és per la forma d'explicar-ho. Les actituds de la família davant de la depressió no varien significativament en funció de classe socioeconòmica ni dels coneixements previs, però sí que varia a partir de l'experiència de la malaltia.

Aquests models es poden observar en persones i famílies amb el mateix tipus de depressió clínica i amb el mateix temps d'evolució, encara que s'ha de remarcar que l'adopció d'un model o altre és consensuat, compartit pels membres més importants de la família, especialment el cuidador principal i els seus ajudants, ja sigui marit, fill, filla, mare; en tot cas, són els membres més perifèrics els que el qüestionen, un fill amb menys relació, un cunyat, una nora... El gènere tampoc s'observa com un factor determinant en el moment d'aplicar un o altre model, encara que en la mostra hi havia més dones que homes tractats, tant en els uns com en els altres, s'observaven els diferents models familiars, el que sí s'observa és una influència diferent sobre els fills.

Si bé som conscients que en intentar organitzar els diferents relats de la visió de la malaltia depressiva que en fan els familiars, segons els models, és potser massa simplista, he observat paràmetres generals que es van repetint a les diferents entrevistes. Segons això, cada tipologia comporta una vivència determinada de la malaltia, tant pel que fa al pacient com a les persones del seu entorn, a la vegada que regula la relació que es té amb els professionals i en pot orientar la intervenció assistencial, fins i tot, es pot intuir l'evolució de la malaltia depressiva, amb independència del diagnòstic inicial del tipus de depressió.

Al llarg d'aquestes pàgines les persones i les seves famílies han tractat la forma de viure, d'experimentar una realitat, dels seus dubtes, de les seves motivacions i en aquest sentit tot tipus d'intervenció sanitària, educativa, preventiva en relació a la depressió instaura una relació problemàtica i complexa amb la cultura de la persona i el seu entorn, ja que aquesta intervenció necessàriament actua sobre la seva orientació de valors, confirma o desmenteix opinions, comportaments, costums i formes de fer i de relacionar-se arrelades en el dia a dia de la persona i el seu entorn; posa, per tant, en entredit una pluralitat de valències simbòliques i interaccions socials a partir de les quals la persona defineix les condicions del seu propi benestar o malestar i el de les seves famílies.